# RUTA PARA LA ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA, BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN EN SALUD BASADA EN EL VALOR (ASBV)

**Estudiante:**
Fabián Alonso Gutiérrez Builes

**Directora de la tesis:**
Isabel Cristina Posada Zapata PhD

**Comité tutorial:**
Angela María Segura Cardona PhD

Doctorado en Salud Pública
Escuela de Graduados
Universidad CES

Observatorio de la Salud Pública
Políticas públicas, Administración y gestión en salud
Medellín, 2025

# RUTA PARA LA ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA, BAJO EL ENFOQUE DE ATENCIÓN EN SALUD BASADA EN EL VALOR (ASBV)

**Estudiante:**
Fabián Alonso Gutiérrez Builes

**Directora de la tesis:**
Isabel Cristina Posada Zapata PhD

**Comité tutorial:**
Angela María Segura Cardona PhD

**Título académico al que se aspira**
Doctor en Salud Pública

Doctorado en Salud Pública
Escuela de Graduados
Universidad CES

Medellín, 2025

**Tabla de Contenido** **Página**

Resumen 12
Abstract 14
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 16
1.1. Planteamiento del Problema 16
1.1.1. El problema de la tendencia negativa de los resultados en salud del ACV en el mundo, en Colombia y en una de sus IPS 18
1.1.2. Los resultados en salud, una consecuencia de la calidad de la atención en salud y su eficiencia operativa 22
1.1.3. Los resultados en salud, una consecuencia del inadecuado uso de los limitados recursos para la atención en salud 24
1.1.4. Los resultados en salud una consecuencia de no reconocer la voz de la persona con ACV y el desconocimiento de sus expectativas 26
1.1.5. Una solución en contexto, que se perfila entre vacío del conocimiento y su estado del arte 29
1.2. Justificación de la Propuesta 34
1.3. Pregunta de Investigación 38
2. MARCO REFERENCIAL 39
2.1. La Salud Pública y su Nueva Perspectiva Centrada en la Acción 39
2.2. El Enfoque Sistémico de Atención en Salud: un Antecedente Mundial 42
2.2.1. Las entradas o insumos al sistema 42
2.2.2. El proceso de la atención en salud, la estrategia para lograr los resultados en salud 43
2.2.3. El hospital, un subsistema del sistema de salud 47
2.2.4. Las salidas del sistema 49
2.2.5. Definición y concepto de salud: el núcleo de la atención 51
2.3. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia y su Normatividad como Antecedente para la Atención en Salud del ACV 53
2.3.1. Ley 100 de 1993 y la salud como derecho fundamental 53
2.3.2. Ley 1164 de 2007 57

2.3.4. Resolución 5596 de 2015 58
2.3.5. Guía Práctica Clínica (GPC) para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para los pacientes mayores de 18 años que han padecido un accidente cerebrovascular isquémico – 2015 58
2.3.6. La Resolución 429 de 2016 y Resolución 2626 de 2019 58
2.3.7. Resolución 3280 de 2018 59
2.3.8. Resolución 3100 de 2019 59
2.3.9. Proyecto de ley 017 de 2020 60
2.4. El Pensamiento Organizacional Estratégico, la Estrategia y el Cambio Organizacional, una mirada desde la Gestión en Salud 60
2.4.1. Los modelos de gestión de la calidad, la eficiencia operativa y competitiva que antecedieron la ASBV 68
2.4.2. El modelo de las cinco fuerzas de Porter – 1979 68
2.4.3. La ventaja competitiva y el valor según Michael Porter – 1985 69
2.4.4. La creación de valor: Visión estratégica y sistémica-2004 70
2.4.5. Modelos de gestión, eficiencia operativa y mejoramiento de los procesos y la calidad aplicados al cuidado de la salud 71
3. MARCO TEÓRICO 79
3.1. Lo Estratégico: la Atención en Salud Basada en el Valor 79
3.1.1. Redefiniendo el cuidado de la salud: creando una competencia basada en el valor en los resultados-2004. Los antecedentes y el problema 79
3.1.2. La prestación de los servicios de salud, escenario base para la transformación de la atención en salud. – 2006 80
3.1.3. Definición de los objetivos y la incorporación del paciente 83
3.1.4. Los objetivos de valor y sus métricas: cambio conceptual y de sistema de medición 84
3.1.5. El ACV y los PROMs 86
3.1.6. El diseño de la cadena de valor 87
3.1.7. El círculo virtuoso en la prestación de servicios de salud 89
3.1.8. El principio de valor compartido de Porter y Kramer 91
3.1.9. La agenda estratégica para la creación de valor en la atención en salud 91

3.2. Lo metodológico: la ruta hacia la implementación 95
3.2.1. La metamorfosis de la atención en salud: una proyección de la realidad futura de los resultados en salud 95
3.3. Los Elementos Esenciales del cambio en la Atención en Salud 98
3.3.1. Las representaciones 98
3.3.2. Mapas, modelos mentales y paradigmas 100
3.3.3. La motivación humana 101
3.3.4. Las actitudes 103
3.3.5. La comunicación y la salud 105
3.3.6. La experiencia del paciente en la atención en salud 107
3.3.7. La satisfacción en salud 108
3.3.8. El factor humano en el cambio y la transformación cultural en salud 110
3.3.9. La ruta para la implementación 113
3.4. La co-creación de valor 125
3.4.1. La escala de Yi y Gong y su medición de la co-creación 127
3.5. La condición médica: el ACV 130
3.5.1. El Accidente Cerebrovascular (ACV) 130
3.5.2. Diagnóstico del ACV 131
3.5.3. El tratamiento del ACV 133
3.5.4. Fisiopatología 133
3.5.5. Manejo Agudo 137
3.5.6. Epidemiología y factores de riesgo 138
3.5.7. La estandarización y la variabilidad en la práctica clínica 139
3.6. El estado del arte: los modelos, su concepto, implementación y resultados con relación al ACV 140
4. OBJETIVOS 145
4.1. Objetivo General 145
4.2. Objetivos Específicos 145
5. METODOLOGÍA 146
5.1. Enfoque Metodológico de la Investigación 146
5.2. Marco Interpretativo 148

5.3. Tipo de Abordaje 150
5.4. Descripción de los Participantes 151
5.5. Criterios de Inclusión (Criterios de Participación) y Posibles Fuentes de Pérdida de los Participantes 153
5.6. Descripción de la Muestra 153
5.7. Categorías o Temas Preliminares de Análisis 154
5.8. Descripción de las Categorías o Temas 154
5.9. Técnicas de Recolección de Información 159
5.9.1. Fuentes de Información 159
5.9.2. Instrumentos de Recolección de Información 160
5.9.3. Proceso de Obtención de la Información (Qué, Quién, Cómo, Cuándo). 161
5.10. Criterios de Rigor 173
5.11. Técnicas de Procesamiento y Análisis de los Datos 176
5.12. Consideraciones Éticas 182
6. RESULTADOS 189
6.1. La Atención en Salud en Colombia, un Enfoque hacia el Volumen 189
6.1.1. La gestión en salud en los niveles macro, meso y micro 190
6.1.2. De lo teórico a lo práctico: el proceso de atención en salud en la IPS en Colombia 197
6.2. Una Red que une Talentos, Habilidades y Conocimientos, en el Marco de una Atención Centrada en el Volumen 204
6.2.1. Los actores de la atención en salud a la persona con ACV desde el enfoque del sistema de salud en Colombia 205
6.2.2. Los actores, sus roles y competencias bajo un enfoque pragmático 207
6.3. El cambio de la atención en salud de la persona con ACV desde la creación de valor, una propuesta desde la acción y el saber de las voces diversas 213
6.3.1. La cultura de la excelencia es una decisión de transformación, guiada por un propósito, la estrategia, la eficiencia y la retribución 214
6.3.2. Una red que une talentos, habilidades y conocimientos para crear valor 225

6.4. Los nuevos resultados en salud son la voz de la persona con ACV; una resignificación del deseo ante lo inesperado 231
6.4.1. Los resultados en salud son la voz de la persona con ACV, que resignifican una nueva vida, ante lo inesperado 232
6.4.2. Del volumen al valor, una construcción conjunta de su significado 235
6.4.3. Los objetivos de valor PROMs – PREMs 236
6.5. Una propuesta de ruta metodológica y estratégica en una IPS en Colombia, para transformar la atención en salud a la persona con ACV desde la comprensión del valor como la intersección entre lo relevante y diferente 253
6.5.1. Lo estratégico 254
6.5.2. Lo metodológico 262
7. DISCUSIÓN 266
7.1. La estructura 267
7.2. Los procesos 268
7.3. Los resultados 271
8. LIMITACIONES 275
9. CONCLUSIONES 278
10. RECOMENDACIONES 280
11. REFERENCIAS 281
12. PRODUCTOS OBTENIDOS 326
13. ANEXOS 331

**Índice de Tablas** **Página**

Tabla 1. Documentación base para el análisis del proceso de atención en salud a la persona con ACV en una IPS en Colombia – Objetivo específico No. 1. 161
Tabla 2. Guía de análisis documental sobre el proceso de atención en salud a la persona con ACV en una IPS en Colombia – Objetivo específico No. 1. 162
Tabla 3. Documentación base para el análisis de los actores que participan directa e indirectamente en el proceso de atención en salud a la persona con ACV en una IPS en Colombia – Objetivo específico No. 2. 165
Tabla 4. Categorías y subcategorías iniciales que orientaron la construcción de las guías para los espacios conversacionales de los objetivos específicos No. 3 y 4 169
Tabla 5. Documentación base para diseñar la estrategia y la ruta para la atención a la persona con ACV en una IPS en Colombia – Objetivo específico No. 5 171
Tabla 6. Guía de análisis documental para diseñar la estrategia y la ruta para la atención a la persona con ACV en una IPS en Colombia – Objetivo específico No. 5 171
Tabla 7. Guía para el análisis de la ficha de contenido e información relacionada con el proceso de atención en salud a la persona con ACV en una IPS en Colombia – Objetivo específico No. 1. 176
Tabla 8. Guía de análisis documental sobre los actores que participan directa e indirectamente con el proceso de atención en salud a la persona con ACV en una IPS en Colombia – Objetivo específico No. 2. 177
Tabla 9. Comportamiento del ACV por grupos de edad 197
Tabla 10. Comportamiento del ACV por escolaridad 198
Tabla 11. Comportamiento del ACV por ocupación 198
Tabla 12. Diagnósticos Pareto por egreso hospitalario 201
Tabla 13. Datos clínicos de cobertura de atención 202
Tabla 14. Comparación entre atención en Unidad ACV vs atención en sala general 209
Tabla 15. Actores que participan en el proceso de atención en salud a la persona con ACV en una IPS en Colombia, por unidades de atención 212

Tabla 16. Variables de Mezcla de Casos 258
Tabla 17. Variables de tratamiento 260
Tabla 18. Resultados 260
Tabla 19. Lista de productos de generación de nuevo conocimiento 327
Tabla 20. Lista de productos de desarrollo tecnológico e innovación 327
Tabla 21. Lista de productos de apropiación social de conocimiento 328
Tabla 22. Formación de recurso humano 329
Tabla 23. Descripción de los impactos esperados con la ejecución del proyecto 329
Tabla 24. Descripción de las metas de los objetivos de desarrollo sostenible en los que aporta el proyecto 330

**Índice de Figuras** **Página**

Figura 1. Representación de los atributos de un modelo de atención en red 45
Figura 2. Estructura del Sistema General de Seguridad Social de Salud en Colombia 57
Figura 3. Diferencias en el nivel de gestión en salud y el enfoque de diferentes marcos de mejora de la calidad 68
Figura 4. Ecuación de Valor según M. Porter 82
Figura 5. Modelo de diseño de la cadena de valor del proceso asistencial 89
Figura 6. El Círculo Virtuoso de Porter y Kramer 90
Figura 7. Los seis componentes del Modelo Conceptual de ASBV que guían su agenda estratégica 92
Figura 8. Ruta metodológica para la implementación del modelo ASBV 114
Figura 9. Mapeo del proceso de la consulta y el tratamiento de braquiterapia de próstata 118
Figura 10. Espiral de Autorreflexión de la Investigación-Acción 149
Figura 11. Las categorías, el eje de los resultados y su tesis central. 189
Figura 12. Flujo del proceso de atención a la persona con ACV en una IPS en Colombia. 200
Figura 13. Mapa de actores del SGSSS en Colombia 206
Figura 14. Aspectos que favorecen, limitan y retan la implementación de la ASBV en una IPS en Colombia 231
Figura 15. El Círculo Virtuoso para la atención de la persona con ACV en una IPS en Colombia 255
Figura 16. La cadena de valor para la atención de la persona con ACV en una IPS en Colombia 256
Figura 17. Esquema de enfoque estratégico para la implementación de la ruta metodológica para la atención de la persona con ACV en una IPS en Colombia 258
Figura 18. Cronograma de seguimiento para recopilar las variables establecidas de los pacientes, los médicos y las fuentes administrativas 261
Figura 19. La ruta metodológica para la implementación de la atención en salud a la persona con ACV en una IPS en Colombia 263

**Índice de Anexos** **Página**

13.1. El consentimiento informado 331

13.2. Ficha sociodemográfica de la persona con ACV, su familia y/o cuidadores 336

13.3. Ficha sociodemográfica de otros actores del sistema de salud en Colombia relacionados con la atención de la persona con ACV 337

13.4 Guías para espacios conversacionales e intercambio de saberes 339

13.5. Instrumento final de validación 345

**Resumen**

**Introducción:** los resultados en salud producto de la atención en salud a la persona con Accidente Cerebrovascular (ACV), es un problema de la salud publica en el mundo y en Colombia, lo cual invita a reenfocar la prestación de los servicios en salud, para obtener mejoramiento de estos, así como de la inversión que se hace para obtenerlos. En ausencia de estrategias y resultados efectivos en el mundo y en Colombia, han surgido modelos de atención en salud emergentes en el marco de la gestión en salud, donde buscan llevar los sistemas de salud en el mundo de suma cero a suma positiva. En este sentido, este estudio se fundamenta en el modelo Atención en Salud Basado en el Valor (ASBV), propuesto por Porter y su aplicación en una IPS en Colombia para mejorar la atención en salud a la persona con ACV. **Objetivo:** establecer de forma participativa, una ruta estratégica y metodológica que permita reorientar la atención en salud de personas con ACV, en una Institución Prestadora de Servicios de salud (IPS) en Colombia, desde el enfoque de la Atención en Salud Basada en el Valor. **Metodología:** el enfoque del estudio es la Investigación Acción Participación (IAP), se desarrolla como un estudio de caso intrínseco, apoyado en herramientas de la investigación cualitativa para la captura de los datos y el análisis de estos se realiza a través de las técnicas derivadas de la Teoría Fundamentada. **Resultados:** la atención en salud a la persona con ACV en la IPS en Colombia actualmente centra su atención en el volumen, su estructura tecnológica y de talento humano para la atención de esta condición médica se considera una atención básica. Hay una actitud positiva frente al reenfoque de la atención, pasando del volumen al valor, donde aspectos como la creación de valor, su red y una atención integral e integrada, son bien acogidos por los actores del sistema de salud participantes en los espacios conversacionales. De igual forma surgió como ruta estratégica el acogimiento de las seis estrategias del modelo ASBV, así como la definición

de valor, su círculo virtuoso, la cadena de valor y las dimensiones que guiarían su cuadro de mando. La IPS se ve limitada para la inversión de adecuar su plataforma tecnológica y de sistema de información y la puesta en marcha del proceso de cambio de paradigma. **Conclusiones:** mejorar los resultados en salud de la persona con ACV en una IPS en Colombia, es una decisión de red, que resignifica y co-crea la atención en salud basada en el valor, en el marco de la cultura de la excelencia, orientada por la intersección entre lo relevante y diferente. Su reto es mejorar la experiencia del servicio, obtener resultados sostenibles en el tiempo, velar por la continuidad de la atención y entregar a la sociedad una persona con salud y los elementos y capacidades mara mantenerlos y maximizarlos en el largo plazo, todo en el marco de la excelencia, la comunicación y humanización en salud.

**Palabras clave**: Atención Médica Basada en Valor - Evaluación de Procesos y Resultados en Atención de Salud – Gastos en Salud - Satisfacción del Paciente

**Abstract**

**Introduction:** the health outcomes resulting from the health care of the person with Cerebrovascular Accident (CVA) is a public health problem in the world and in Colombia, which invites to refocus the provision of health services, to obtain improvement of these, as well as of the investment made to obtain them. In the absence of effective strategies and results in the world and in Colombia, emerging health care models have emerged in the framework of health management, which seek to take health systems in the world from zero sum to positive sum. In this sense, this study is based on the Value-Based Health Care (VBHC) model proposed by Porter and its application in an IPS in Colombia to improve health care for people with stroke. **Objective:** to establish, in a participatory manner, a strategic and methodological route to reorient health care for people with stroke in a Health Service Provider Institution (IPS) in Colombia, from the Value-Based Health Care approach. **Methodology:** the approach of the study is the Participatory Action Research (PAR), it is developed as an intrinsic case study, supported by qualitative research tools for the capture of data and the analysis of these is performed through techniques derived from the Grounded Theory. **Results:** health care for persons with stroke in the IPS in Colombia currently focuses on volume, its technological structure and human talent for the care of this medical condition is considered basic care. There is a positive attitude towards the refocusing of care, moving from volume to value, where aspects such as the creation of value, its network and comprehensive and integrated care, are well received by the actors of the health system participating in the conversational spaces. Similarly, the six strategies of the ASBV model emerged as a strategic route, as well as the definition of value, its virtuous circle, the value chain and the dimensions that would guide its scorecard. The IPS is limited for the investment of adapting its technological platform and information system and the implementation of the

paradigm change process. **Conclusions:** Improving the health outcomes of the person with stroke in a PHI in Colombia is a network decision, which redefines and co-creates value-based health care, within the framework of the culture of excellence, oriented by the intersection between what is relevant and what is different. Its challenge is to improve the service experience, obtain sustainable results over time, ensure continuity of care and deliver to society a person with health and the elements and capabilities to maintain and maximize them in the long term, all within the framework of excellence, communication and humanization in health.

**Key words**: Value-Based Health Care, Outcome and Process Assessment, Health Care, Health Expenditures, Patient Satisfaction

# 1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

## 1.1. Planteamiento del Problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS)(1), define un sistema de salud como "todas las acciones cuyo objetivo primordial es mejorar la salud"; estos están compuestos por el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos que buscan "un cambio en el estado de salud de un individuo, grupo o población atribuible a una intervención o serie de intervenciones planificadas, independientemente de que la intervención tenga o no por objetivo modificar el estado de salud" (2). De acuerdo con este organismo(1), el sistema de salud tiene cuatro funciones clave: rectoría, generación de recursos, financiamiento y prestación de servicios. Históricamente, este organismo (3) se ha sostenido en el llamado a mejorar el desempeño de los sistemas de salud y que este sirva a la prevención de la enfermedad y la promoción, restauración y mantenimiento de la salud. Con este fin, la OMS estableció tres objetivos que deben lograr los sistemas de salud: mejorar la salud de la población, responder a las expectativas de la población, y promover estrategias y mecanismos que protejan financieramente los costos asociados a una mala salud (1).

De otro lado, la OMS(1) considera que la atención en salud es el medio para lograr dichos objetivos y abarca todas las acciones que deben emprender el conjunto de Instituciones, organizaciones y proveedores de salud, a fin de que se dé la promoción y recuperación de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación del daño, a través de intervenciones en el ámbito individual, familiar y comunitario. La atención en salud se divide en dos categorías: primaria (atención básica y ambulatoria) y secundaria (atención especializada y hospitalaria) (4,5). En Colombia, según el Departamento Nacional de Planeación (DNP), se entiende como atención en salud al desarrollo de procesos de prestación, los cuales tienen

como fin orientar y garantizar el acceso a los servicios de salud, el mejoramiento continuo de la calidad en la atención y la constante búsqueda eficiencia en la prestación de los servicios de salud (6).

Respecto a la atención en salud, la Organización de las Naciones Unidas publicó en su informe especial(7) sobre La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que aún persisten deficiencias en el proceso que han impedido avanzar en la consecución del ODS No. 3: Salud y bienestar; debido, en muchos casos, a la baja satisfacción de los pacientes y la inestabilidad financiera de los sistemas de salud.

Por lo expuesto, hechos como *el ineficiente desempeño de la atención en salud*, *la tendencia negativa de los resultados en salud para algunas enfermedades y sus desenlaces, el no reconocimiento de la voz del paciente y sus expectativas y la inestabilidad financiera de los sistemas de salud*, son el "nudo argumental" de esta investigación, y se convierten en un problema que afecta la salud y el bienestar de las personas y las comunidades. Este problema se enmarca en el paradigma de la investigación – acción y se tipifica como un problema de hecho y/o pragmático que se relaciona directamente con un problema de conocimiento(8).

Esta investigación se enfoca en la atención en salud a la persona con Accidente Cerebrovascular (ACV), en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) en Colombia. El propósito de esta selección tiene por fin delimitar un caso, observar en un contexto especifico el comportamiento de la atención a una patología de interés para la Salud Pública, que dé cuenta de la atención en salud y sus resultados y según hallazgos delimitar y focalizar una posible solución, que en el futuro sea transferible a otras condiciones médicas

en la misma institución; posteriormente a otras instituciones y organizaciones de salud, y a gran escala implementarla según los entornos, en los sistemas de salud en Colombia y el mundo.

### 1.1.1. El problema de la tendencia negativa de los resultados en salud del ACV en el mundo, en Colombia y en una de sus IPS.

Históricamente, el ACV se ha definido como un déficit neurológico, pero, en sentido más amplio, se puede definir como un síndrome que agrupa una serie de enfermedades heterogéneas que son comunes entre sí, por la alteración de la vasculatura del sistema nervioso central, lo que causa una descompensación entre el aporte y el requerimiento de oxígeno y nutrientes para el adecuado funcionamiento del cerebro. El ACV se divide en dos grandes grupos: isquémico y hemorrágico. Se considera una enfermedad tiempo dependiente de su tratamiento, debido a que las células cerebrales pueden morir y causar daño permanente, además se estima que por cada segundo después de la ocurrencia del evento, mueren alrededor de 32.000 neuronas (9–11).

La OMS clasifica epidemiológicamente al ACV como una de las principales causas de muerte en el mundo, ocupando entre el segundo y tercer lugar, desde 1990 hasta 2019(10). Según la hoja informativa mundial sobre el ACV en el 2025, publicada por World Stroke Organization (WSO), el ACV desde el año 2021 a la fecha es la segunda causa de muerte en el mundo entre las enfermedades no transmisibles, aportando 7 millones de muertes, lo que representa el 11% de los 55.4 millones de personas que murieron en el mundo en este año (12). De igual manera es la tercera causa que combina muerte y discapacidad, con más de 160 millones de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) en el mundo (13,14).

Entre 1990 y 2021, la carga de la enfermedad por ACV aumentó considerablemente (número absoluto de casos), con un incremento del 70% en la incidencia, del 44% en la mortalidad, del 86% en la prevalencia y en un 32% de AVAD, concentrándose en países de bajos y medianos ingresos. La atención en salud de esta condición médica en el mundo tiene un costo estimado que supera los $890.000 millones de dólares, lo que representaría aproximadamente el 0,66% del PIB mundial y es posible que se duplique para el 2050 (13).

Según datos de la OMS, durante el año 2021 se estimó que una de cada cuatro personas mayores de 25 años sufriría un accidente cerebrovascular en su vida(10). El riesgo de reincidencia de ACV en el primer mes después del evento es de 8 por cada 100 personas, y durante los siguientes 5 años, es de 50 por cada 100 personas(11). De los 15 millones de personas en el mundo que lo padecen, 5 millones quedan con una discapacidad permanente. Su ocurrencia tiene una distribución por tipo de riesgo a nivel mundial de la siguiente forma: el 69% corresponde a riesgos metabólicos, el 37% a riesgos ambientales y el 35% a riesgos comportamentales (13). Estos datos y su escenario mundial, caracteriza el ACV como un problema para la Salud Pública, lo que da cuenta de cómo afecta a la población general, y se convierte en una oportunidad de acción para la prevención, reconocimiento y atención del evento. La asistencia a los servicios de salud por esta causa se ha visto afectada desde la pandemia del Covid-19 (13,15,16).

Adicionalmente, es competencia de la Salud Pública actuar frente al hecho de que epidemiológicamente el ACV se siga distribuyendo de manera inequitativa en la población, afectando directamente a quienes son más vulnerables(17) y abordar aquellos factores modificables, semi modificables y no modificables(18), desde la promoción de la salud,

prevención de la enfermedad y la gestión de los determinantes sociales de la salud a nivel individual, interpersonal, comunitario y social(19). Esto permitiría mejorar los resultados en salud de esta condición médica, y evitar desenlaces que pueden ser prevenibles como la mortalidad por ACV asociada a la hipertensión arterial, que podría reducirse hasta en 1%(20).

El ACV, es la condición médica de interés para este estudio por su magnitud e impacto en la salud y bienestar de la población en Colombia. Se estima que en Colombia 16.000 personas mueren cada año por esta causa(11). Para el año 2023, el ACV fue la segunda causa de muerte en Colombia, y se le atribuyen 10.072 defunciones, que corresponden al 6,4% del total de defunciones en este año; de los cuales, 5.376 casos fueron mujeres, presentando una proporción mayor a las defunciones en hombres por esta causa(21). Desde el indicador de evitabilidad de muerte y su análisis se establece que estas muertes se podrían haber evitado, mejorando el acceso y la calidad de los servicios de salud.

Según datos de La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), la mortalidad a los 30 días después del ACV en Colombia fue del 6.1%; esto refiere un buen desempeño al estar por debajo del promedio de la OCDE que asciende a 7,8%, lo que se relaciona con la calidad de la atención aguda en salud a estas personas, que aunque es buena comparativamente con la OCDE, según los datos se indica que el proceso de atención es susceptible de mejorar (22).

En Colombia, entre 1979 y 2021, se pudieron evitar 1’023.179 muertes por ACV, lo que representa el 12.8% del total de fallecimientos que ocurrieron en este periodo, los cuales ascendieron a 7’993.591 casos(23). El ACV en Colombia, afecta en mayor proporción a

aquellas personas que tienen más de 60 años(24); además, debido a la inequidad en el acceso al tratamiento preventivo, afecta más a las mujeres que a los hombres(25). El costo de atención del ACV isquémico, que es el más representativo en Colombia, ascendió a COP 5000 millones en el año 2019 (26).

Ante esta problemática, y en busca de hallar soluciones con mayor impacto y con carácter público, se radicó en mayo de 2021 un informe de ponencia para el segundo debate al proyecto de ley 017 de 2020 en la Cámara de Representantes "Por medio de la cual se optan normas para mejorar la atención, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de los pacientes con accidentes cerebrovasculares y se dictan otras disposiciones"(27). Esta iniciativa aún no ha prosperado jurídicamente; no obstante, desde el Ministerio de Salud en Colombia, entre 1996 y 2018 se ha proferido normativamente en varias ocasiones sobre programas de prevención y la ruta para la atención a población con riesgo o alteraciones cardio– cerebro – vascular – metabólicas manifiestas(28,29).

Después de referir datos y hechos sobre el ACV en el ámbito mundial y nacional, en el entorno institucional y organizacional de la IPS en Colombia en el cual se desarrolla este estudio, y según datos del Sistema de Información Institucional, el ACV ocupa el primer lugar entre las patologías tiempo dependientes que se atiende en el servicio de urgencias y la que más discapacidad genera. Para el año 2024, egresaron de urgencias y servicios de internación 290 personas con diagnóstico de ACV, de las cuales solo el 9.6% se beneficiaron con tratamiento farmacológico y/o procedimientos médicos para prevenir desenlaces negativos y mitigar el daño; el 90.4% restante no accedió a estas opciones terapéuticas por diversas razones. La atención de estas 290 personas le costó en el año 2024, al Sistema

General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano, COL $3.290.933.195, su estancia hospitalaria promedio fue de 7 días. De los 290 pacientes 49 fallecieron, lo que representa el 16,8% de los casos y supera comparativamente lo reportado en mortalidad en Colombia y el mundo.

Según lo revisado hasta este punto, los resultados en salud del ACV y su tendencia negativa son un problema de la Salud Pública, cuyo enfoque debería situarse en mejorar la calidad de sus procesos y dar un buen uso a los recursos disponibles, comenzando con el reconocimiento de la voz de las personas con ACV y sus expectativas en el tratamiento.

### 1.1.2. Los resultados en salud, una consecuencia de la calidad de la atención en salud y su eficiencia operativa.

Los resultados en salud en el mundo y en Colombia se asocian a la atención en salud centrada en el volumen (30). Los resultados en salud se afectan negativamente por el aumento del ACV y su impacto en la carga de la enfermedad (31). El inadecuado desempeño de la atención en salud se ve intensificado por factores como: las barreras de acceso a los servicios de salud, la fragmentación en la prestación de los servicios, la falta de alineación entre los intereses de los actores, y la limitada oferta. Un ejemplo de esto es la barrera de acceso geográfica, donde la población rural tiene menos oportunidad de acceder a los servicios de salud; o la barrera asociada a la tramitología administrativa, que, en algunos casos, termina siendo adversa para brindar una buena atención. De otro lado, la calidad de la atención en salud y su enfoque bio-asistencialista, además de impactar negativamente los resultados en

salud, resta atención a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (32).

Pese a los esfuerzos para brindar una atención en salud con calidad y costo efectiva, los resultados en salud en Colombia para el año 2021 reportados en: “Health at a Glance 2023 - OECD INDICATORS” no son satisfactorios, en comparación con el promedio de la OCDE; de los 18 indicadores, el 50% no se cumplieron. Otro aspecto importante que pone la situación de salud en Colombia en alerta, es la carga de las enfermedades crónicas y su costo(33). De acuerdo con lo anterior, el sistema de salud colombiano enfrenta desafíos importantes debido a la limitación del presupuesto público, a factores demográficos como el envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas y el crecimiento de la demanda por múltiples razones, así como al cambio técnico del sector y otros factores que influyen en la sostenibilidad y estabilidad financiera del sistema (34).

En este sentido, se realizó un estudio entre el 2017 y el 2021, con el objetivo de estimar la eficiencia técnica de las IPS en Colombia, y contando con una muestra significativa de estas, bajo un enfoque de función de distancia con técnicas de frontera estocástica. Su resultado fue una eficiencia técnica promedio hallada del 75%. En estas condiciones ninguna IPS es cien por ciento eficiente; este resultado es una nueva oportunidad que invita a mejorar el desempeño organizacional, así como a contribuir a la sostenibilidad y estabilidad financiera del sistema de atención en salud de la población colombiana(34).

Otras consecuencias de la ineficiencia o inadecuación de la atención en salud y el incremento de sus costos son el sobrediagnóstico, los falsos positivos, el sobretratamiento y la medicalización (35), los reingresos hospitalarios (36), la saturación de los servicios de

urgencias (37), la variabilidad en la práctica médica(38), la insatisfacción generada por el acto médico que se realiza en el marco de la medicina defensiva (39) y la asimetría en la comunicación con el paciente (40,41).

### 1.1.3. Los resultados en salud, una consecuencia del inadecuado uso de los limitados recursos para la atención en salud.

Un elemento esencial del problema es el gasto en salud y su uso. El gasto en salud conceptualmente se refiere a esas erogaciones asociadas al proceso de atención en salud que se pagan por cada usuario y su demanda de servicios, y que afectan a los recursos del Estado y a los bolsillos de los usuarios en el caso de pago de copagos, cuotas moderadoras y/o cuotas de recuperación, así como al pago de servicios no cubiertos por los planes de beneficio y que se asumen de manera particular (42).

Según la literatura, se espera que el gasto en salud en el mundo aumente alrededor de un 5 % al año, como resultado de los sistemas de pago e incentivos financieros basados en el volumen y no en el valor (30). La OMS informó según estimaciones que, en el año 2010, entre 20% y 40% del gasto en salud se destinó a situaciones que no mejoran en gran medida salud de las personas (43); por lo cual, se ha hecho un llamado a los países para aumentar la eficiencia mediante la reducción de costos y mejoras en calidad. La OMS refiere que mucha parte del dinero que se destina para la atención en salud en el mundo se pierde por inadecuada gestión en los sistemas de salud del mundo y la ineficiencia en la prestación de los servicios de salud (1,44).

En Colombia, el gasto en salud entre el 2013 y el 2018 ha tenido una distribución en promedio así: 76.4% corresponde al público y el 23.6% al privado. El gasto en salud público es financiado por los recursos de origen fiscal, asociado a las diferentes políticas de financiamiento de ese periodo; y el gasto en salud privado se financia con los recursos que pagan de forma directa los hogares y personas que requieren acceder a tecnología sanitaria que no está cubierta por el Plan Obligatorio de Salud (POS) y otros planes de beneficios alternos. De esta manera, el gasto en salud privado se clasifica en dos fuentes específicas, el 15,8% corresponde al valor que pagan de su bolsillo los hogares colombianos, en Colombia este recurso se destina al acceso a medicamentos y otras tecnologías en salud que no son cubiertas por POS y el 7.8% restante, equivale a pagos de seguros voluntarios. El gasto de bolsillo en salud en Colombia está dentro de los rangos aceptables por la OMS y es uno de los más bajos reportados por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). Pese a esto, diversas publicaciones refieren que la cobertura en aseguramiento no corresponde al mejoramiento en el acceso a los servicios de salud y las tecnologías sanitarias requeridas por la población colombiana(32,45,46).

El gasto en salud público en Colombia incrementó del 2011 al 2020 en un 55%, pasando de 4,10 a 6,36. Entre el 2020 y el 2022 decreció en un 19% y bajó a 5,15. El uso de estos recursos para el año 2022 se distribuyeron así: el 84,1% se asignó al aseguramiento en salud; el valor restante se asignó a aquellos conceptos que están por fuera de las coberturas de Unidad de Pago por Capitación (UPC), y su destino fueron actividades de salud pública, la atención del COVID-19 y otros gastos(47).

### 1.1.4. Los resultados en salud una consecuencia de no reconocer la voz de la persona con ACV y el desconocimiento de sus expectativas:

Los efectos y consecuencias de este problema de la Salud Pública en Colombia y el mundo son el ya mencionado aumento de los casos de ACV y sus desenlaces, la crisis que en la actualidad vive el sistema de salud en Colombia en torno a las personas que requieren atención en salud, el impacto en el talento humano, el cierre de IPS's, y la desfinanciación del sistema(48,49).

Según cifras reveladas por la Defensoría del Pueblo en marzo de 2025, las quejas relacionadas con el acceso a servicios de salud han aumentado en un 75,7% entre 2023 y 2025; la primera causa de esto es la dificultad en el acceso a servicios de salud esenciales, la segunda, es la inoportunidad en la asignación de citas con especialistas, mientras que, la tercera causa son los retrasos en la entrega de medicamentos(50). El número total de tutelas ascendió de enero a abril de 2024 en 84.445, lo que representó un incremento del 42,2% respecto al 2023 en el mismo período de tiempo, donde el número de tutelas fue 59.371(51), situación que refleja necesidades de salud no resueltas.

En Colombia, la satisfacción relacionada con la prestación de los servicios de salud, y por consiguiente, con la atención, se mide en el marco de la Resolución 256 de 2016 por medio de un indicador que se denomina "Proporción de Satisfacción Global de los Usuarios"(52), donde se asocia la satisfacción a la calidad en la atención. El desempeño en este indicador ha mejorado en los últimos seis años, ya que para el segundo semestre del año 2016 obtuvo un resultado del 90% y cerró para el segundo semestre del año 2022 con un resultado del

95.82%. La línea base de esta medición es del 92.9% referida al segundo semestre del año 2016. No obstante, para el año 2020, el 35% de los usuarios consideraron que su experiencia global para ese primer semestre del año fue "muy buena", el 44% "buena"; el 16% “regular”, y para el 5% restante, su experiencia fue entre “mala” y “muy mala”(53).

Evidenciar que para un poco más del 20% de los usuarios, su experiencia fue entre “regular” a “muy mala” es una cifra preocupante, que debe ser gestionada con el fin de mejorar la calidad de la atención en salud, situación que es referida por algunos estudios (54). Para Colombia, según investigaciones, esto se debe a problemas administrativos y culturales que dificultan el acceso a los servicios de salud(55). La Organización Mundial de la Salud (OMS) precisa al respecto que, la oportunidad representada en los tiempos de espera para procedimientos electivos y de emergencia, son un factor predictor para la satisfacción entre los usuarios de servicios de salud (56).

El problema que hoy enfrenta la Salud Pública en Colombia con relación a la atención en salud, los resultados en salud, el gasto en salud, sus causas y consecuencias es de gran magnitud en gravedad e intensidad, debido al colapso que puede llegar a causar en el sistema de salud, y a su vez en la capacidad de atender esta y otras condiciones médicas(48). Previamente se ha descrito que la falta de atención con calidad puede aumentar los gastos en salud y se relaciona con resultados negativos en salud (42,57,58); los cuales, entre otros, pueden ser resultado de relaciones poco sinérgicas entre el asegurador y el prestador, que pueden estar caracterizadas por un flujo inadecuado de recursos y conflictos de intereses (59–61), atomizando así, los intereses del sistema e impidiendo que los recursos lleguen al usuario final, o sea el paciente.

En este sentido, se puede concluir que el ACV se ha priorizado como un problema de salud pública en Colombia y en el mundo debido a su alta carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad, así como por su impacto social y económico. Este impacto se relaciona con la inequidad en el acceso a los servicios de salud, la oportunidad y calidad de la atención, y los procesos de rehabilitación(48,49).

El ACV representa un desafío para los sistemas de salud, ya que integra determinantes estructurales, sociales y de prestación que exigen respuestas articuladas desde la salud pública y la gestión en salud. En este contexto, los límites entre el ámbito de la salud pública y la capacidad operativa de las IPS se definen en la práctica del "hacer salud pública" y traducirla en acción, a través de una atención integral y coordinada que busque maximizar los resultados en salud en función de los recursos disponibles. Ello implica priorizar la eficiencia y la calidad, garantizando que los resultados sean relevantes para la salud, el bienestar y la experiencia de las personas(68,109).

En la transición de lo general a lo particular, la prestación de servicios de salud debe trascender la atención centrada únicamente en la enfermedad y superar los enfoques biomédicos y asistencialistas orientados al volumen. Es necesario avanzar hacia modelos centrados en la integralidad, las personas y las comunidades, sustentados en determinantes sociales, políticas claras, redes bien organizadas, calidad, equidad y participación. No basta con la mera disponibilidad de servicios: estos deben ser accesibles, aceptables y efectivos, respaldados por mecanismos de evaluación y financiación que aseguren una atención sostenible, de calidad y con mayor cobertura (68,109).

Por lo anterior, este problema para la Salud Pública hace necesario que en el mundo y en Colombia se exploren nuevas rutas estratégicas y metodológicas de cómo mejorar la atención en salud, desde la prestación de los servicios, en la búsqueda de que sea un sistema de salud con mejor desempeño y que garantice ese acceso a la salud como un derecho fundamental, ante la ausencia de estrategias y soluciones del actual problema, el cual refleja un vacío del conocimiento (32,62–65).

### 1.1.5. Una solución en contexto, que se perfila entre vacío del conocimiento y su estado del arte.

Ante el vacío estratégico y metodológico para mejorar la atención en salud y sus resultados, los actores de algunos sistemas de salud en el mundo vienen debatiendo desde hace algunas décadas sobre la pregunta ¿cómo aumentar la eficiencia en la atención en salud y reducir el desperdicio ante el incremento de la demanda y unos recursos limitados? La solución se ha enfocado en el uso y adaptación de modelos de gestión que se centran en la calidad, la eficiencia operativa y flujos de la atención; como lo son Lean, Six Sigma y Gestión de Calidad Total (TQM). En este marco y la lógica del libre mercado (competencia y libre elección), nació en el 2006 una propuesta estratégica emergente en Estados Unidos (EE. UU.), a través de un modelo que buscaba redefinir la atención en salud y la crisis del sistema de salud, asociada a factores como la competencia que generaban los servicios discretos en salud y sus altos costos, que finalmente los terminaba asumiendo el paciente. Este modelo emergente es comparable con los modelos que lo antecedieron, desde la perspectiva y rol del proveedor(66).

Este modelo nace en el marco y enfoque del pensamiento organizacional estratégico y el pragmatismo de la planeación estratégica(67), y fue propuesto por Michael Porter y Elizabeth Teisberg desde la Escuela de Negocios de Harvard, denominado Salud Basada en el Valor (ASBV), en ingles Value-Based Health Care (VBHC)(68). Su argumento es "reparar el daño" que han sufrido los sistemas de salud, como consecuencia de haberse centrado en la competencia basada en el volumen y no en el valor. Establecen tres principios que guía esta ruta: "(1) el objetivo es crear valor para los pacientes, (2) la práctica médica debe organizarse en torno a condiciones médicas y ciclos de atención y (3) los resultados (resultados y costos ajustados al riesgo) deben medirse por paciente y ciclo de atención" (58). Porter y Lee en el 2013, argumentan cómo el desempeño de los sistemas de salud no mejora, a razón de no tener objetivos claros en la atención y cómo esto conlleva a que no se intervenga la raíz del problema, sino sus consecuencias(69). A partir de este análisis, se ajusta el modelo ASBV y definen una ruta con seis estrategias, haciendo énfasis en el paciente y sus necesidades como centro de la atención en salud, la medición de costos y resultados en salud individual (70) y por ciclo de atención(58) y de esta forma los actores o Stakeholders[1](72), deben orientarse al mejoramiento de la atención(57).

Paralelo a este modelo también se han presentado otros enfoques de atención que coexisten y se complementan con el modelo ASBV, entre ellos está la Atención Centrada en la Persona (APC). Este modelo creado por Berwick se refiere a que la atención en salud debe ser una experiencia que promulga la comprensión del individuo como una persona única, y que debe

[1] los Stakeholders: "Son individuos o grupos que tienen determinados intereses y aspiraciones con respecto a la empresa(71) (pág-138)

ser tratada con respeto y dignidad. Desde Coluter, se concibe como una atención personalizada, coordinada y facilitadora. Su enfoque es multidisciplinario e invita a que el paciente sea visto como una persona capaz de tomar decisiones compartidas en lo que a su salud le compete (73,74); y el otro modelo es el de la triple meta en salud, su creador, Donald M. Berwick en el año 2007, establece como objetivo de este mejorar la salud de las personas, la experiencia de la atención en salud, y reducir los costos por persona(75).

El estado del arte de la ASBV entre 2006 y 2024, dispone de más de siete mil artículos científicos, con un aumento de estos a partir del año 2019. Su búsqueda ha estado más orientada a la implementación del modelo, resultados en salud y la experiencia del paciente, y un alto porcentaje de esta producción científica se ha dado en EEUU (76). Según datos de publicaciones científicas, se evidencia que el modelo es una nueva forma de enfrentar los retos y desafíos del sector salud, que ha permanecido y evolucionado en medio de múltiples críticas, y dispone de los elementos para fortalecer los sistemas de salud bajo criterios de universalidad y equidad; teóricamente, se trata de un enfoque sistémico, adaptable a diversos contextos y entornos de atención con diferencias políticas y culturales, pero faltan estudios que evidencien esto en la práctica (66).

La literatura refiere que falta claridad en el concepto, metodología de aplicación y propósito del ASBV en diferentes contextos, lo que puede debilitarlo ante la heterogeneidad de las prácticas. Es un modelo atractivo y que favorece la gestión y la toma de decisiones, pero se sugiere cautela en el momento de aplicarlo. Es un modelo muy atractivo para aquellas condiciones médicas que tienen un manejo predecible, como las atenciones electivas; sin embargo, en aquellas en las que la estandarización no es tan sencilla debido a la particularidad

de la condición clínica, su implementación es más compleja. Se ha cuestionado la dependencia del modelo de la recopilación, estandarización, sistematización y comparación de grandes cantidades de datos que resulta ser costosa y riesgosa. El significado de valor varía entre instituciones, organizaciones y sistemas de salud, lo cual dificulta la comparación de resultados (66). Se sugiere una estandarización conceptual del modelo que favorezca su implementación en apoyo con un trabajo interdisciplinario entre el saber médico y las ciencias administrativas(77).

El modelo tiene el potencial para mejorar el proceso de atención y la experiencia del paciente, a la vez que optimizan los costos. Se requieren más casos de implementación donde se evalúe el beneficio de sus componentes a plenitud y su impacto en la mejora de la calidad de vida y la satisfacción del paciente, entre otros (78). El modelo debe hacerse más generalizable, requiere una gran inversión en infraestructura de TI (Tecnologías de Información) y explorar nuevas formas de reembolso (79).

En el manejo del ACV, el modelo ASBV ha representado un avance significativo en la interoperabilidad de la atención en salud, pues este favorece el oportuno seguimiento de los resultados en salud y su aporte es valioso para mejorar la calidad de la atención; además, facilita opciones de tratamiento informadas y beneficia y promueve la excelencia colaborativa en la atención de la persona con ACV (80).

En Colombia, en el año 2017, se publicó una revisión de literatura sobre la ASBV, donde se comparó la atención en salud basada en valor con la atención en salud basada en el volumen; siendo esta última el modelo más usado en Colombia y establecieron lo que se espera en cada

uno de ellos; sus conclusiones frente a la implementación del modelo ASBV en Colombia, indica que la atención en salud y los resultados se beneficiarían por el enfoque hacia el paciente, la integralidad, la transparencia, los mecanismos de pago, así como los costos (30).

El modelo ASBV se ha implementado en diversos países e Instituciones del mundo (81), y ha servido a diversas áreas del conocimiento (82) como infectología(83), oncología(84), neurocirugía(85), cardiología(86), entre otras, con el propósito de instrumentalizar el proceso de atención y mejorar sus resultados bajo este nuevo enfoque. La literatura ofrece datos sobre su puesta en marcha y concluye que el modelo es factible de implementar en un 91% (87). Esto da cuenta que el tema de la Atención en Salud Basada en el Valor (ASBV), en la actualidad se encuentra en la agenda académica y hace parte de la discusión científica.

Tras la revisión de la literatura, se evidencia la pertinencia científica del modelo y sus aspectos positivos, así como su aporte para dar solución a muchos de los problemas ya mencionados del sistema y la atención en salud; esta propuesta tiene argumentos para ser implementada en una IPS en Colombia. Como lo sugieren los autores, esta debe hacerse ceñida a la comprensión del contexto y que esto encause un diseño progresivo y priorizado, con un trabajo colaborativo y articulado entre actores que deben participar en su construcción (88). De allí que esta propuesta de estudio busca de una manera viable y factible, diseñar un camino que lleve a la atención en salud basada en el valor, centrada en la persona, sus necesidades y expectativas que mejoren los resultados en salud de las personas que sufren ACV, su experiencia y el gasto en salud en el que incurre para esta atención; de tal manera que las IPS puedan ser generadoras de rentabilidad económica y social.

## 1.2. Justificación de la Propuesta

La tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad por ACV y por sexo en Colombia, para el periodo 2010-2021 no muestra cambios significativos, un hecho relevante y coherente con lo ocurrido en el mundo durante este periodo. Pese a ello, desde el 2021 se empieza a observar un incremento en la incidencia y prevalencia del evento, así como en la discapacidad y la mortalidad derivadas de este (90). La OMS relaciona estos resultados en salud con la atención sanitaria, ratificando el problema para la Salud Pública de algunos sistemas de salud del mundo, específicamente en países con ingresos medios y bajos (12), como es el caso de Colombia y sus IPS.

Ante esta problemática, en Colombia durante más de 25 años, se han venido realizando esfuerzos normativos (27,28,89–96) y de otro tipo, entre los que se encuentran la implementación de los centros y cuidados de excelencia (97,98) y la creación de organizaciones como Recavar (11), para mejorar cada día la atención de esta condición médica y de quien la padece. Estos esfuerzos han empezado a trazar rutas y a lograr objetivos y metas, pero aún continúa el vacío en el conocimiento sobre las estrategias que integren, de manera diferente, la atención en salud, los resultados en salud y los gastos, así como el reconocimiento de la voz y expectativas de las personas que padecen ACV (65).

Ante este vacío del conocimiento, este estudio aporta una ruta metodológica y estratégica para la atención de la persona con ACV bajo un enfoque emergente que integra desde la gestión en salud, los aspectos anteriormente mencionados. Su resultado es un modelo

adaptado a los entornos y capacidad de la IPS, para que en un futuro se ponga en marcha esta nueva forma de atención, guiada por la ciencia de la implementación (99,100).

De esta manera, se inicia la transformación y cambio de paradigma cultural de la atención en salud, retomando los logros hasta ahora alcanzados en Colombia. La contextualización para la adaptación del modelo ASBV, se hace en el marco de la gestión en salud. Inicia en el nivel micro del sistema de salud, lo que corresponde a una IPS, y en ella de manera específica, en una condición médica apta para iniciar la ASBV. Posteriormente en esta misma IPS y luego de su implementación y evaluación, se podrá transferir el conocimiento a otras condiciones médicas. Esta experiencia institucional servirá en una fase más avanzada, para la transferencia en el nivel meso de la gestión en salud y del sector, llevándola a otras organizaciones e instituciones de salud y finalmente se podría extrapolar a gran escala en uno o varios sistemas de salud, considerando que el paso de la experiencia en cada nivel debe valorar y adecuarse a sus ambientes internos y externos.

Esta investigación cuenta con dos criterios que validan su importancia y alcance, orientados por el enfoque del problema de investigación, su tipología y guía metodológica de investigación (8). El primero de ellos es la relevancia social y el segundo las implicaciones prácticas y de comprensión(101).

La relevancia social (101) es el primer criterio de validación, debido a que en la actualidad es trascendental para el país comprender situaciones socialmente problemáticas, relacionadas con la atención en salud desde la perspectiva de la prestación de los servicios de salud, las cuales deben ser resueltas y mejoradas en virtud de lo que es el valor público (102). Esta

propuesta de transformación se hace desde el marco del pensamiento organizacional estratégico y su entramado con la Salud Pública(103), bajo el contexto de las ciencias sociales y la gestión en salud (104),debido a que se busca resolver un problema de la Salud Pública transformando la atención en salud, donde la voz, expectativas y participación de la persona con ACV son esenciales para el diseño de la nueva experiencia de la atención en salud y los resultados que se espera de la misma.

Las implicaciones prácticas generan un espacio reflexivo y comprensivo, que permitirá dar paso a la toma decisiones, en virtud de generar nuevas acciones que mejoren el desempeño de la atención en salud (105). Este criterio favorecerá los resultados en salud, a partir de la comprensión del significado de valor para cada uno de los actores que participan en la atención en salud, y la alineación de sus intereses, generando una red de valor sinérgica que logra resultados sociales y económicos, con el fin de mejorar la experiencia de la atención en salud de la persona con ACV (58,69,106–108).

Repensar la atención en salud, desde la perspectiva de la prestación de los servicios de salud es posible, según Franco(109), en el contexto de las nuevas tendencias en la Salud Pública, bajo un enfoque holístico social y el concepto de “la nueva la Salud Pública”. Dicho enfoque brinda elementos teórico – prácticos a este estudio, bajo el modelo conceptual de los determinantes sociales (52), unido a lo propuesto en Ottawa en 1986, y lo instaurado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1996(53), en el “marco para la Promoción de la Salud”.

Dentro de las áreas de Intervención, definidas por la OPS para la Promoción de la Salud; este estudio se encuentra en el nivel superior, bajo el propósito de aportar a "la reorientación de los servicios de salud, el cambio organizacional y la colaboración intersectorial". Otros marcos de referencia internacional que apoyan el desarrollo de este estudio son las Funciones Esenciales(110) y Competencias(111) de la Salud Pública, en lo relacionado con el acceso equitativo a los servicios de salud y la atención con calidad.

En el contexto nacional se soporta desde el marco del SGSSS(Sistema General de Seguridad Social en Salud) (89) y sus principios, el Plan Decenal de Salud Pública(112) en su objetivo: "Lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables" y lo concerniente a las responsabilidades atribuidas a las IPS. De igual manera, el proyecto delimita su actuación y alcance en los términos definidos por la Política de Atención Integral en Salud (PAIS)(113) y el Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE)(114).

Desde el marco normativo y político referido, y las expectativas sobre el buen desempeño del sistema de salud, en Colombia los hospitales deben trazar su propio devenir como institución y organización, en el contexto del subsistema de prestación de servicios de salud. Al respecto, Tobar(115) refiere que la innovación en los modelos de atención y gestión sanitaria permitirán que prestación de servicios sea más eficaz, efectiva, resolutiva, medible y con un plan de incentivos que reconozcan el mejoramiento en los resultados de salud.

Lo anterior respalda y da validez a la nueva apuesta, enfocada en observar la prestación de los servicios de salud, desde el modelo de Atención en Salud Basada en el valor (ABHC)(58), bajo sus tres principios: 1.Crear valor para los pacientes. 2. Reorganizar la práctica médica,

caracterizándose por su integralidad y que gire en torno a condiciones médicas y ciclos de atención y 3. Que los resultados y costos en salud sean medibles y ajustados al riesgo.

Esto permitirá que, a través del valor y su creación, el paciente y de manera particular para este estudio, la persona que sufre un ACV, tome su posición como eje central del sistema, se mejoren los resultados en salud, y estos sean directamente proporcionales al gasto en salud; para así, disminuir las brechas en la atención en salud, desde la prestación de los servicios de salud e impactar esas situaciones socialmente problemáticas, que son de interés público.

Finalmente, Establecer esta ruta metodológica y estratégica del modelo ASBV en una IPS en Colombia resulta relevante, necesaria y útil, en la medida en que su implementación se caracteriza por ser singular, al responder al contexto propio de la institución y a la identidad del modelo. Su propósito es garantizar la capacidad operativa mediante la viabilidad para su puesta en marcha, así como la factibilidad que asegure su ejecución y sostenibilidad. Asimismo, es pertinente, pues su planteamiento se centra en acciones significativas para la persona con ACV, que, en este sentido, contribuyen positivamente a su salud, calidad de vida y a la de quienes la rodean.

## 1.3. Pregunta de Investigación

¿Cómo se caracteriza una ruta metodológica y estratégica para la atención en salud de personas con Accidente Cerebrovascular, en una Institución Prestadora de Servicios de Salud en Colombia desde la perspectiva de la Atención en Salud Basada en el Valor?

# 2. MARCO REFERENCIAL

## 2.1. La Salud Pública y su Nueva Perspectiva Centrada en la Acción:

La OMS(2) define la Salud Pública como: “la ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad”. En estos términos la OMS considera que la salud pública es un concepto social y político, cuya finalidad es mejorar la salud, extender la vida y por consiguiente mejorar la calidad de vida de los individuos y las poblaciones a través de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y todas aquellas otras maneras de intervención sanitaria.

Este estudio, se fundamenta en la distinción que se hace entre lo que históricamente fue la salud pública y una nueva salud pública, y de allí, se inscribe en la línea que marca la Promoción de la Salud, desde la carta de Otawa en 1978, donde la ruta de acción propuesta por la OMS, se orienta a considerar todos aquellos enfoques existentes que abordan la descripción y el análisis de los determinantes de la salud, y de igual forma, en todos aquellos métodos que existen para solucionar los problemas de la salud pública.

Franco(109) refiere que este nuevo concepto se da entre 1980 y 1990, una década donde nace una nueva visión del quehacer de la salud pública y se crea una nueva perspectiva centrada en la acción. El autor cita a la OMS, donde se refiere a esta nueva línea como: “Los esfuerzos organizados de la sociedad para desarrollar políticas de salud pública, promover la salud, prevenir enfermedades y trabajar por la existencia de la seguridad social en el marco del desarrollo sostenible”.

Este concepto revistió de unas nuevas funciones a la salud pública, orientadas hacia la práctica y la acción sanitaria, sobreponiéndose a otras funciones de carácter epistemológico o cognoscitivo. Este momento se convierte en un hito para este conocimiento y centra sus esfuerzos en el desarrollo de estrategias y acciones que permitan promover la salud, prevenir y curar la enfermedad, y se abre el escenario para nuevas formas de intervención como: "la abogacía (advocayy), la defensa de la salud pública, la comunicación, la mediación, las acciones políticas, la vigilancia, la investigación, la educación en salud y la capacitación, entre otras".

La OMS(2), expone que esta nueva visión de la salud pública centra su atención en "una comprensión global de las formas en que los estilos de vida y las condiciones de vida determinan el estado de salud y en un reconocimiento de la necesidad de movilizar recursos y realizar inversiones razonadas en políticas, programas y servicios que creen, mantengan y protejan la salud, apoyando estilos de vida sanos y creando entornos que apoyan la salud"

De igual forma, no se puede dejar de considerar que esta organización(2) evolucionó en el concepto, y en la actualidad también propone la salud pública ecológica "como respuesta a la naturaleza cambiante de los problemas sanitarios y su conexión con los problemas ambientales mundiales emergentes".

En coherencia con la ruta elegida en este estudio, lo siguiente es comprender el concepto de promoción de la salud, según la OMS como un proceso político y global que busca a través de sus acciones fortalecer las competencias de los individuos para tener el control sobre los determinantes de su salud, y como resultado mejorarla; así como cambiar las condiciones

ambientales, sociales y económicas de tal forma que mitiguen el impacto en la salud individual y colectiva, entendiendo la participación como eje dinamizador de la promoción.

La Carta de Ottawa identificó tres estrategias básicas para la promoción de la salud: “I) La abogacía por la salud, II) Propiciar el completo desarrollo del potencial de salud de las personas y III) Mediar a favor de la salud, entre los diferentes intereses hallados en la sociedad”.

Estas estrategias se apoyan en cinco áreas de acción prioritarias y en tres niveles de intervención: “I) Establecer una política pública saludable, II) Crear entornos que apoyen la salud, III) Fortalecer la acción comunitaria para la salud, IV) Desarrollar las habilidades personales, V) Reorientar los servicios sanitarios”.

Hernández et al. (116), refieren que las cinco áreas de intervención pueden ser clasificadas de acuerdo con los tres niveles de promoción de la salud:

- Nivel básico: prevención primaria, secundaria y terciaria de la enfermedad, comunicación e información en salud, el mercadeo social apoya cambios de comportamiento.
- Nivel intermedio: está enfocado en la educación en salud y la formación de competencias para el control de los determinantes de la salud y el mejoramiento de los resultados.

- Nivel superior: cambio sistemático en la infraestructura y las políticas de la salud pública, en su normatividad y en lo que atañe a este estudio, la reorientación de los servicios de salud, cambio organizacional y colaboración intersectorial.

En estos términos, la OMS(2) ha definido que la reorientación de los servicios sanitarios "se caracteriza por una preocupación más explícita en lograr resultados de salud para la población, reflejados en las formas de organización y financiación del Sistema Sanitario. Esto debe llevar a un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios que se centre en las necesidades del individuo como una persona completa, en equilibrio con las necesidades de grupos de la población".

## 2.2. El Enfoque Sistémico de Atención en Salud: un Antecedente Mundial.

### 2.2.1. Las entradas o insumos al sistema:

Las entradas o insumos bajo este enfoque y según la OMS(2) son:

Las expectativas de salud, definidas por la OMS como: "Una medida basada en la población que guarda relación con la proporción de esperanza de vida estimada como saludable y satisfactoria, o exenta de dolencia, enfermedad y discapacidad, conforme a unas normas y percepciones sociales y a criterios profesionales"(2).

Los objetivos de salud, según la OMS:

> Indican en relación con una población determinada, la cantidad de cambios (usando un indicador de salud) que razonablemente cabe esperar dentro de un período de tiempo definido. Los objetivos se basan por lo general en cambios específicos y mensurables de los resultados de salud o de los resultados de salud intermedios. Los objetivos de salud definen los pasos concretos que se pueden dar para alcanzar las metas de salud. La fijación de objetivos ofrece asimismo un enfoque para la evaluación de los progresos en relación con una política de salud o un programa definidos estableciendo cotas que sirvan de referencia para medir los progresos. Para fijar los objetivos es preciso que exista un indicador de salud relevante e información sobre la distribución de dicho indicador dentro de una población de interés. También requiere una estimación de las tendencias actuales y tendencias probables futuras en relación con el cambio en la distribución del indicador y la comprensión del potencial para cambiar la distribución del indicador en la población de interés(2).

Las metas en salud, según la OMS(2), resumen los resultados de salud que, a la luz de los conocimientos y los recursos existentes, un país o comunidad puede esperar alcanzar en un período de tiempo definido.

### 2.2.2. El proceso de la atención en salud, la estrategia para lograr los resultados en salud

Las funciones y sub sistemas de la organización, tienen como estrategia, según la OMS(1) la atención en salud, que es el medio para lograr los objetivos del sistema y tiene relación con las cuatro funciones. De allí que, todas las acciones que deben emprender el conjunto de Instituciones, organizaciones y proveedores de salud, tengan como fin la promoción y

recuperación de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación del daño, a través de intervenciones en el ámbito individual, familiar y comunitario.

Elorza et al. (4), refieren que la atención en salud se divide en dos categorías: primaria y secundaria. Según la OMS y la UNICEF(5), la primaria se refiere a toda asistencia sanitaria básica y ambulatoria, que se presta al individuo, la familia y la comunidad en general; basada en la evidencia. La secundaría es la atención médico – hospitalaria, incluyendo la prestación de servicios en salud especializados.

La atención en salud debe brindarse, según la OMS en términos de lo establecido como la equidad en salud, lo que significa: la imparcialidad, es decir, que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar.

De acuerdo con Artaza et al. (117), la atención en salud se presta a partir de modelos, y refiere cómo se ha pasado del modelo de atención tradicional en salud, distribuido por niveles de atención y un sistema de referencia y contrarreferencia, a un modelo de atención en red, el cual se representa a través del siguiente esquema.

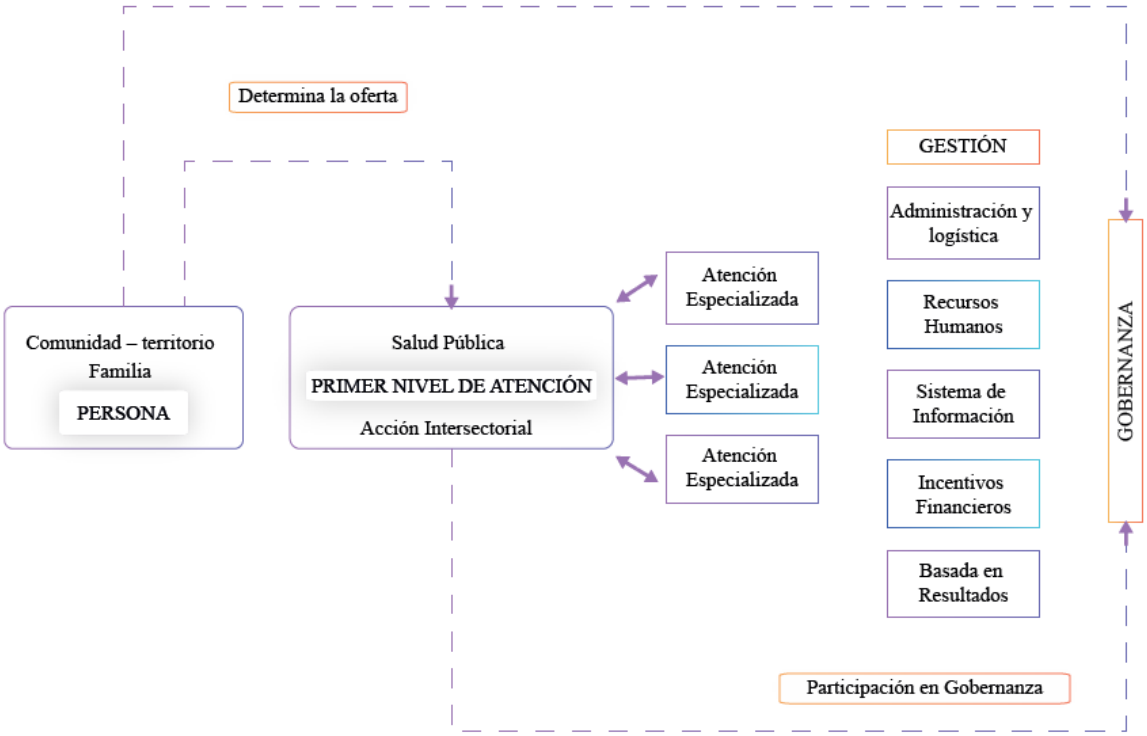


Figura 1. Representación de los atributos de un modelo de atención en red. (117)

Para esta nueva forma de atender las necesidades en salud, desaparecen los niveles de atención a consideración de que los cambios tecnológicos y la capacidad de desarrollo en la atención ambulatoria han hecho que esos trazos se difuminen. En la actualidad, tanto en servicios de internación como en los ambulatorios, es posible prestar servicios de alta complejidad y responder a las necesidades de este orden.

Por lo anterior, se hace obsoleto hablar de atención en salud como un proceso fragmentado por tres niveles de atención; en la actualidad, es posible hablar desde dos esferas de la atención en salud, una relacionada con la atención primaria y la otra que agrupa los demás servicios especializados que se prestan de forma ambulatoria y/u hospitalaria. Esta nueva

forma de atención en salud propuesta por la OMS desde el año 2016, se fundamenta en la integralidad y una atención centrada en las personas y sus comunidades.

Artaza et al.(117), refieren que una atención centrada en la persona y la comunidad, son aquellos servicios gestionados y entregados que se caracterizan por:

> Por la continuidad entre la promoción de la salud y los de atención paliativa, pasando por la prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de la atención, de los cuidados y rehabilitación, todo ello de forma coordinada entre los diferentes eslabones y centros asistenciales del sector de la salud y de los servicios sociales (intersectorialidad), con arreglo a sus necesidades a lo largo de todo el curso de vida, e incorporando miradas de género, interculturalidad, del respeto a la diversidad y respetando plenamente la autonomía y participación de las personas (117).

La atención centrada en la persona es la forma de entender y practicar la atención en salud como una competencia propia de los proveedores de servicios de salud, independiente de la naturaleza o tipo de persona o profesional que lo haga. Su comprensión les debe permitir adoptar conscientemente el punto de vista de quien requiera de sus servicios y/o se beneficien de ellos, inspirando confianza, considerando que son organizaciones e instituciones que enfocarán la prestación del servicio en una visual completa e integral de las necesidades de la persona, respetando las diferencias y preferencias sociales.

La atención centrada en la persona y sus comunidades hace exigible que el paciente, su familia, comunidad, y demás beneficiarios de la atención reciban la información, educación

y comunicación en salud, con el propósito de que ellos tomen decisiones y sean participes de su propia atención, en un ambiente favorable, propiciado por los proveedores en salud (117).

### 2.2.3. El hospital, un subsistema del sistema de salud

El hospital es una unidad productiva del sistema, que ha tenido un desarrollo organizacional y social, basado en la tecnología y la especialización. Es una organización social y humana que debe no sólo responder a la restauración de la salud, sino a desarrollar acciones que prevengan la enfermedad y promuevan la salud colectiva y la continua formación biosanitaria de su personal y la investigación. En él se da la atención en salud a través del consumo de servicios de salud, bajo la relación profesional-paciente, es un escenario reflexivo para la comprensión de las necesidades en salud, así como su objetiva y equilibrada solución (118).

En Colombia, los hospitales se inscriben dentro de lo que la normatividad define como IPS, y en ellos se coexisten los Niveles de Complejidad y/o Niveles de Atención, los cuales tienen como antecedentes la Ley 10 de 1990, el Decreto 1760 de 1990 y la Resolución 5261 de 1994, estableciendo lo siguiente:

> El primer nivel de atención o bajo grado de complejidad, se caracterizado por ser el nivel de mayor cobertura y generalmente menos complejo, representado por consultorios médicos urbanos y rurales y los centros de salud. Para lograr sus objetivos se articula a la comunidad con un limitado número de recursos coordinados intersectorialmente para lograr impacto en la salud. Las actividades que se desarrollan son, entre otras: educación

para la salud, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento de morbilidad no compleja y derivación oportuna de casos a niveles de mayor complejidad.

El segundo nivel de atención o mediano grado de complejidad es de menor cobertura, pero mayor complejidad. Realiza actividades de diagnóstico y tratamiento de pacientes que por alguna razón no es resuelto en el nivel primario.

El tercer nivel de atención o alto grado de complejidad, es representado por los establecimientos con condiciones para realizar actividades en un régimen de atención cerrada, lo cual implica hospitalización. Es un nivel de menor cobertura. En ellos se organizan los servicios clínicos y requiere de las unidades de apoyo diagnóstico, terapéutico y quirúrgico.

El cuarto nivel de atención o alto costo, representado por las unidades de tratamiento Intensivo y subespecializado, requiere de una gran concentración de recursos humanos y equipos sofisticados, generalmente son de alta complejidad. Los hospitales son organizaciones complejas, puesto que su estructura está diseñada para desarrollar actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes que acuden para que la alteración en su estado de salud sea resuelta o mitigada obteniendo un mejor o adecuado nivel de bienestar de acuerdo con su patología (119).

Las actividades anteriormente descritas hacen parte de los roles que desempeña un hospital en el cuidado del paciente interno, el cuidado ambulatorio, las urgencias, la rehabilitación, la investigación y la enseñanza. A través del tiempo, los hospitales en Colombia se han

adecuado a las nuevas formas de gestión hospitalaria y en salud, y por consiguiente a la nueva normatividad, siendo conscientes de la toma de decisiones para convertirse en empresas que participan en un mercado de servicios de salud, donde compiten organizaciones tanto públicas como privadas.

En este contexto las IPS, con sus diferentes naturalezas y tipos de constitución empresarial, se convierten en proveedoras de servicios de salud, en un escenario donde se hace exigible la eficiencia y calidad en su producto hospitalario. "Las ESE (Empresa Social del Estado) tienen por objeto la prestación de los servicios de salud, como servicio público esencial a cargo del Estado o como parte del servicio público de la seguridad social" (119). A continuación, se esquematiza la composición y clasificación de los prestadores de servicios de salud en Colombia al año 2020.

### 2.2.4. Las salidas del sistema

Este ítem lo componen los resultados en salud, los resultados intermedios en salud, los indicadores de salud y en consecuencia lo que significa la salud, desde la OMS(2):

- Resultados en salud: "es un cambio en el estado de salud de un individuo, grupo o población atribuible a una intervención o serie de intervenciones planificadas, independientemente de que la intervención tenga o no por objetivo modificar el estado de salud". Esta definición no aplica a casos como la exposición fortuita al riesgo. Adicionalmente, "las intervenciones pueden incluir las políticas y consiguientes programas del Gobierno, las leyes y reglamentos, o los servicios y

programas sanitarios, incluidos los programas de promoción de la salud. Pueden incluir también los resultados de salud deseados o no de las políticas del gobierno en sectores diferentes al sanitario. Los resultados sanitarios se suelen evaluar utilizando indicadores de salud".

- Resultados intermedios de salud: "son los cambios producidos en los determinantes de la salud, especialmente cambios en los estilos de vida y en las condiciones de vida, que son atribuibles a una intervención o intervenciones planificadas, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención primaria de salud".

- Los indicadores de salud: "es una característica de un individuo, población o entorno susceptible de medición (directa o indirectamente) y que puede utilizarse para describir uno o más aspectos de la salud de un individuo o población (calidad, cantidad y tiempo)".

Los indicadores de salud se pueden utilizar para definir problemas de salud pública en un momento concreto, para indicar los cambios temporales en el nivel de salud de una población o individuo, para definir las diferencias en la salud de las poblaciones, y para evaluar en qué medida se están alcanzando los objetivos de un programa.

Los indicadores de salud, que pueden incluir mediciones sobre falta de salud o enfermedad, se usan más comúnmente para medir los resultados de salud, o aspectos positivos de salud

(como la calidad de vida, las habilidades de vida, o las expectativas de salud), y las conductas y acciones de los individuos relacionadas con la salud. “Pueden incluir asimismo indicadores que midan las condiciones sociales, económicas y del entorno físico en su relación con la salud y las medidas de alfabetización sanitaria y de política pública saludable” (2).

- Estado de salud: “la descripción y/o medida de la salud de un individuo o población en un momento concreto en el tiempo, según ciertas normas identificables, habitualmente con referencia a indicadores de salud”.

### 2.2.5. Definición y concepto de salud: el núcleo de la atención

La OMS(2) en 1948, en su constitución definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Esta definición ha sido objeto de posibles cambios propuestos por diversos autores, refieren Jadad et al. (120), pero no ha sido posible a la fecha que sea modificada; no obstante, la misma organización ha generado consideraciones reflexivas a su alrededor, dentro de los que se concluyen:

- Desde el marco de la promoción de la salud, la salud no es un estado abstracto, sino un medio para llegar a un fin.
- Desde la perspectiva de los recursos, la salud como recurso permite a los individuos llevar una vida productiva en lo personal, social y económico; siendo esta un recurso para la vida diaria y el objetivo de la vida.

La salud es un derecho humano fundamental, que con lo propuesto en la Carta de Ottawa tiene como prerrequisitos condicionados para que se dé: la paz, suficientes recursos económicos, alimento, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. Reconocer estas condiciones pone de manifiesto la estrecha relación que hay entre las condiciones sociales y económicas, los estilos de vida individuales y la salud, así como el entorno físico para las personas y la comunidad. Lo anterior argumenta que la salud debe ser comprendida desde lo holístico, motivo por el cual se consideran nuevas dimensiones, como la espiritual.

El reconocimiento que la OMS le da a la salud como un derecho fundamental lo une a que todos los individuos deben gozar del acceso a los recursos básicos de la salud. De allí que, desde una visión integral de la salud, es de considerarse que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben considerar "las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo"

Para este estudio, el aporte que realizaron Jadad et al. (120), en el 2008, desde el marco de la teoría critica de la salud y su línea de acción desde la salud pública, es de vital importancia, ya que reviste no una definición sino un marco conceptual que recoge elementos de la autogestión y el empoderamiento que se ha emanado desde la promoción de la salud.

De allí que Jadad et al. (120), proponen la formulación de la salud como "la capacidad de adaptarse y autogestionarse"*; lo cual es un punto de partida para conceptualizar la salud humana a partir de las tendencias del siglo XXI, considerándola como con un conjunto de

características y dimensiones dinámicas que se pueden medir. Este marco quedó abierto a la discusión y construcción, contando con la participación de las partes interesadas, considerando de una forma especial a los pacientes y la sociedad en general.

## 2.3. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia y su Normatividad como Antecedente para la Atención en Salud del ACV.

### 2.3.1. Ley 100 de 1993 y la salud como derecho fundamental

En Colombia, la Seguridad Social Integral está definida, según la Ley 100 de 1993(89), como:

> El conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

El SGSSS colombiano se construyó fundamentado en dos pilares, el primero es la descentralización (política, administrativa y financiera), orientada por la promulgación de la Ley 10 de 1990, la expedición de la Constitución Política de 1991, luego con la Ley 60 de 1993, el Acto Legislativo 01 de 2001 y la Ley 715 de 2001. El segundo pilar fue el establecido con la Ley 100 de 1993, modificada con la Ley 1122 de 2007, subsiguientemente con la Ley 1438 de 2011 y la Ley Estatutaria 1751 de 2015. El sistema se caracteriza por ser demasiado

complejo y bastante dinámico, y se articula con en el Modelo de Competencia Regulado o Pluralismo Estructurado(121).

La transformación del sistema de salud, a partir de la Ley 100 de 1993, tuvo como fin modificar la atención en salud en Colombia, desde varias perspectivas y de forma simultánea. La obtención e incremento de los recursos y su organización fue instrumentalizado por la regulación pública, lo que favoreció la regulación de las fuerzas del mercado en la búsqueda de ampliar la cobertura y la equidad, y a su vez, mejorar la calidad y lograr la eficiencia.

El hilo normativo que dio forma al nuevo sistema nace del artículo 49 en la Constitución Política de 1991, donde "hizo de la Seguridad Social un derecho irrenunciable y universal con conexidad a la vida". El artículo 162 de la Ley 100 de 1993 dio origen al Plan Obligatorio de Salud (POS) y a dos regímenes de afiliación: uno contributivo y el otro subsidiado; no obstante, con la Sentencia T-760 de 2007 de la Corte Constitucional, la salud se convirtió en un derecho fundamental, perfeccionado posteriormente en la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Las nuevas propuestas normativas separaron el regulador, el financiador y el prestador en cabeza del Estado nacional, territorial y local respectivamente, creó el asegurador como Entidad Promotora de Salud para el régimen contributivo (EPSC) y/o subsidiado (EPSS). De igual forma, nació el prestador implementado como Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), bajo la operación desde el hospital público, y controlado por las entidades territoriales (Departamentales y Locales), bajo la figura de Empresa Social del Estado (ESE), con autonomía administrativa, patrimonio propio y naturaleza jurídica, así como las clínicas y prestadores privados.

Los organismos de dirección, vigilancia y control son: el Ministerio de Salud y la Protección Social (MSPS), el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y la Superintendencia Nacional en Salud (SNS). A través de la Ley 1122 de 2007 se introdujo la Comisión de Regulación en Salud (CRES), dichos organismos ejercen la función de modulación o regulación. Sin embargo, diez años después el CNSSS y la CRES han desaparecido y sus funciones han sido asumidas directamente por el Ministerio de Salud de la Protección social (MSPS).

Las principales fuentes de los recursos del SGSSS son: "las cotizaciones obligatorias de los trabajadores y de los patronos, pagos compartidos obligatorios, transferencias de recursos del presupuesto nacional a las entidades territoriales y a los organismos de administración y financiación, recursos generados por los monopolios rentísticos de juegos de suerte y azar y licores, entre otros" (121).

Dichos recursos son de destinación específica y financian el gasto en el régimen contributivo, régimen subsidiado, subsidio a la oferta, la salud pública y los regímenes exceptuados; no obstante, también se da el financiamiento con recursos privados, bajo figuras como la medicina prepagada, los seguros privados y el gasto de bolsillo en salud.

De acuerdo con Londoño y Frenk(121), las características de este modelo son:

> Es un punto medio entre el monopolio del modelo público unificado y el modelo privado atomizado. Presta los servicios por funciones y no por grupos sociales. El modelo

identifica las funciones del sistema de salud: modulación (regulación), financiamiento, articulación y prestación de servicios. La función de modulación se le asigna al MSPS y con ella la responsabilidad de trazar la dirección estratégica del sistema. Pasa así de ser un proveedor más de servicios, a ser el garante de la interacción de todos los integrantes del sistema en términos de eficiencia y equidad. La responsabilidad central de este modelo es el financiamiento, y su ejercicio debe garantizar la ampliación gradual de la cobertura, hasta alcanzar la protección universal del sistema de salud. Los subsidios están orientados a la demanda y no a la oferta, lo cual tiene como consecuencia que en vez de asignar un presupuesto histórico a cada institución prestadora de servicios de salud, se asigna una suma a cada persona asegurada para que acuda al prestador de su elección. La función de articulación es responsabilidad de instituciones especializadas denominadas genéricamente Organizaciones para la Articulación de Servicios de Salud (OASS) y su principal papel es el manejo del pago que el sistema le asigna a cada individuo, tanto si paga con sus propios recursos o si recibe un subsidio del Estado.

El siguiente esquema resume el sistema planteado por Guerrero et al. (122)en el 2011, basado en sus componentes, actores, y relaciones entre sí:

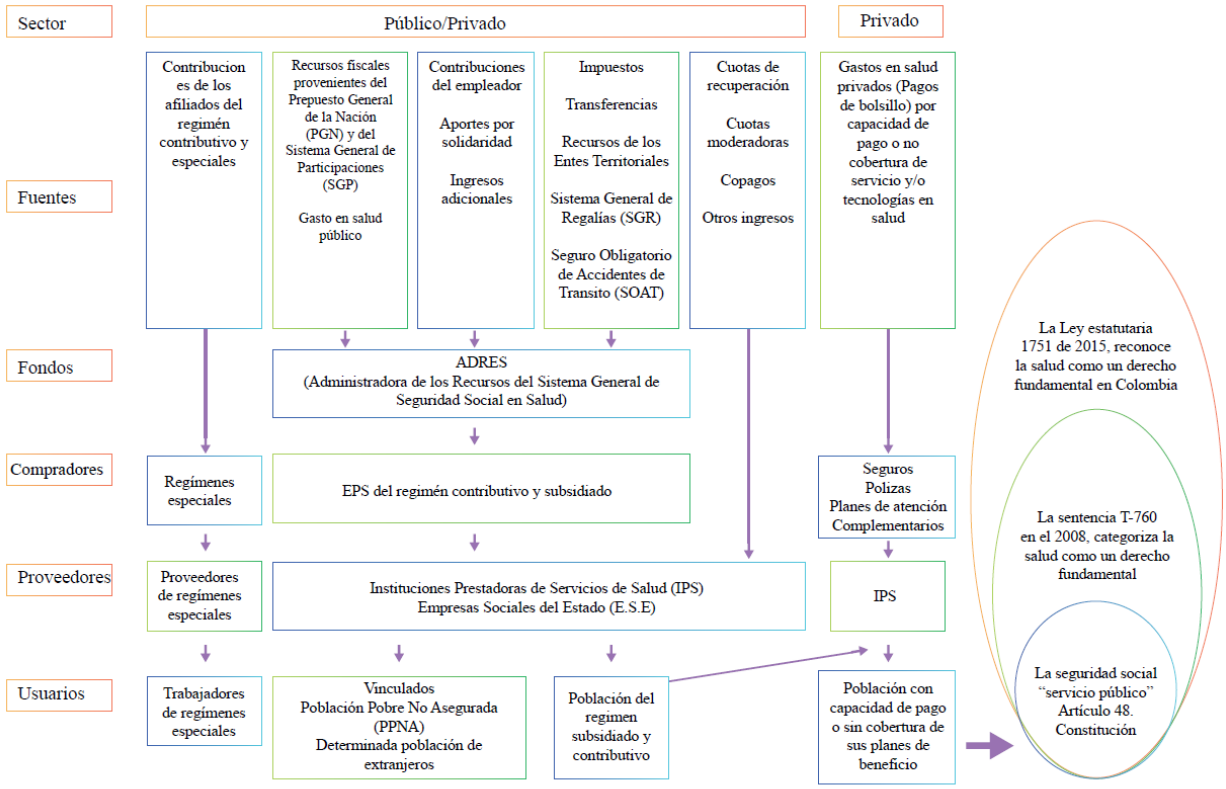


Figura 2. Estructura del Sistema General de Seguridad Social de Salud en Colombia (122).

### 2.3.2. Ley 1164 de 2007

El objeto de esta norma es establecer los lineamientos relacionados con los procesos de planificación, formación, vigilancia y control del ejercicio, el desempeño y la ética del personal en salud, mediante la articulación de los diferentes actores intervinientes en estos procesos.

Para esta norma se entiende por talento humano en salud a todo el personal que interviene en la promoción, educación, información en salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de servicios de salud.

### 2.3.4. Resolución 5596 de 2015

El objetivo de esta norma es establecer los criterios técnicos necesarios para el sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias, también conocido como «triage», que debe ser aplicado en las IPS en Colombia (95).

### 2.3.5. Guía Práctica Clínica (GPC) para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para los pacientes mayores de 18 años que han padecido un accidente cerebrovascular isquémico - 2015

En el 2015, nace la guía # 54 para el manejo del ACV, en la cual se puntualiza el tipo de ACV y grupo poblacional sujeto. La GPC tiene por objeto mejorar la calidad, establecer los criterios de eficacia, brindar equidad, seguridad y velar por la sostenibilidad económica en la atención de las personas con ACV, su contenido y recomendaciones se basan en la evidencia. La GPC tiene como alcance el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo de ataque cerebrovascular isquémico en población mayor de 18 años. Está inscrita en un modelo de gestión que permite identificar recomendaciones y sugerencias claves en escenarios específicos; además es incluyente, permitiendo procesos de participación, revisión y socialización, así como facilitadores para su implementación (123,124).

### 2.3.6. La Resolución 429 de 2016 y Resolución 2626 de 2019

La Resolución 429 de 2016 promulgó La Política de Atención Integral en Salud (PAIS), la cual buscaba, desde su marco estratégico, acercar el nivel central o rector con los territorios, agentes y usuarios del sistema a través de normas y lineamientos; fomentar acuerdos

intersectoriales, con el fin de mejorar la salud de la población, el goce efectivo del derecho a la salud y su universalidad.

La Resolución 2626 de 2019 modificó la PAIS y adoptó el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE). Esta norma enfatiza en el liderazgo y la articulación de los avances del modelo PAIS y vincula de manera directa a las autoridades locales de los departamentos y distritos, dando continuidad al mejoramiento de la salud, su visión como derecho y la universalidad de este.

### 2.3.7. Resolución 3280 de 2018

Esta norma establece y pone en el contexto de la salud a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) que se constituyen en una estrategia con dos propósitos, uno es mejorar el acceso a los servicios de salud y el segundo es su enfoque en la atención integral a la persona en todo su ciclo de vida. En ella se encuentra la RIA cardio-cerebrovascular metabólica, que pretende promover la salud en estas enfermedades. En aquellos grupos con riesgo identificado, lo gestiona como un riesgo colectivo a través de grupos poblacionales y su último objetivo es reducir la mortalidad por estas causas.

### 2.3.8. Resolución 3100 de 2019

Tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones para que se inscriban los prestadores de servicios de salud y para habilitar sus servicios, de la misma manera se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud en Colombia (94).

2.3.9. Proyecto de ley 017 de 2020

Este es un Informe de ponencia para el segundo debate a la Cámara, que buscaba brindar lineamientos normativos para mejorar la atención en salud a la persona con ACV, su diagnóstico y tratamiento, además de otras disposiciones. Esta ponencia nace en el marco de la priorización de enfermedades que se constituyen un problema para la Salud Pública (27).

## 2.4 El Pensamiento Organizacional Estratégico, la Estrategia y el Cambio Organizacional, una mirada desde la Gestión en Salud.

La evolución y desarrollo del pensamiento estratégico ha tenido una gran relación con el campo de conocimiento y la práctica de la Salud Pública, como lo expresa Franco(125), al relacionar la influencia que esta concepción ha tenido sobre la llamada "Nueva Salud Pública", donde las organizaciones sanitarias en el mundo y sus instituciones se han movilizado a través de la planeación en salud, sustentado estrategias y decisiones que hoy se traducen en lineamientos y políticas que dirigen el desarrollo de la salud, en torno a las necesidades y expectativas humanas.

De esta influencia se desprenden momentos como la planeación estratégica en salud, la promoción de la salud y la estrategia de atención primaria en salud (APS). Franco(109) refiere, como la salud y su conceptualización ha sido una construcción histórica, permeada por influencias de todo tipo. El pensamiento organizacional no ha sido la excepción, y de allí, como de la comprensión y gestión de la misma, bajo la mirada desde la multi e interdisciplinariedad e intersectorialidad, han hecho que se movilicen los modelos, pasando de una visión patogénica a una salutogénica (126), ecologista y holística de la salud, la salud

desde los determinantes sociales y el determinismo, entre otros. Esto ha permitido que pensadores de la estrategia como Porter (106), hayan planteado nuevos modelos de atención en salud centrados en el valor.

En el siguiente apartado se abordará el pensamiento estratégico y su relación con la comprensión y reflexión de las organizaciones e instituciones en el ecosistema de los sistemas de salud y la estrategia que favorece la instrumentalización de estas, con el fin de mejorar la prestación de los servicios de salud, no sólo como perspectiva, sino como patrón (127).

La Organización Mundial de la Salud (OMS)(1) ha definido el sistema de salud como un conjunto de organizaciones, instituciones y recursos que interactúan entre sí. Conceptualmente la institución es un patrón de orden y comportamiento social, que nace de las relaciones sociales y se regulan por reglas que emergen de acuerdos e intereses comunes, favoreciendo su perdurabilidad. Las instituciones se clasifican en formales e informales y la instrumentalización les permite alcanzar su función social (65,128–132).

La interacción social, política y económica de los individuos y grupos sociales que pertenecen a las instituciones genera espacios reflexivos, lo que da origen a la organización. Estas interacciones y los comportamientos derivados de ellas son objeto del estudio del institucionalismo, y este a su vez es un motor para el desarrollo de las instituciones y sus organizaciones; de igual manera, permiten la creación y mejoramiento de nuevas propuestas metodológicas y multidisciplinarias que aportan al progreso del conocimiento y el bienestar social (65,132).

La organización es un constructo y hace parte de la estructura de la institución, es dinámico y busca transformarse inspirada por retos, desafíos y oportunidades, siempre reconoce e identifica sus límites y fronteras. La organización tiene sentido, significado y representación porque sus actores obran de manera coordinada, con el propósito de alcanzar objetivos y metas compartidas. La operación de la organización tiene un enfoque sistémico (entradas – procesos - salidas), que relaciona estructura, procesos y resultados. La organización está dotada de un marco axiológico y semiótico que fortalece su cultura e identidad a través de una red sígnica, se autorregula y se abastece con sus recursos. Se caracteriza por la singularidad en su dinámica, la capacidad para interpretar su desarrollo y la incertidumbre, que se mitiga con la comunicación interna y externa de los grupos humanos que la conforman y la dinamizan. Esos grupos humanos toman decisiones y la transforman (65,133,134). La organización es autónoma y se caracteriza por ser multiracional y crear espacios de tensión para llegar al cambio (135–137).

Las instituciones y sus organizaciones dan vida a los sistemas de salud y estos se caracterizan por ser complejos y abiertos. En esa estructura institucional y organizacional nace la estrategia, en el marco de un contexto histórico, político, económico y social. La estrategia se debe caracterizar por ser integral, integrada e intersectorial y su función está en trazar la ruta para que los sistemas de salud mejoren su desempeño, crecimiento y perdurabilidad (109). El diseño e implementación de las estrategias, pueden tener diversos usos y diferentes enfoques (138), su propósito es aportar al buen desempeño y dinámica de los sistemas de salud en sus ambientes interno y externo, y el desarrollo de sus propias instituciones y organizaciones, por consiguiente el mejoramiento de los resultados en salud (139); es decir,

la estrategia instrumentaliza el sistema, sus instituciones y organizaciones, para sobrevivir, crecer, desarrollarse y transformarse, teniendo en cuenta sus recursos (capacidades, tecnologías, mercados, etc.) (65).

De allí, que el Sistema de Salud y sus actores, entre ellos los hospitales(140), son una representación de los servicios de salud; son organizaciones dotadas de institucionalidad, que se deben leer y reflexionar de forma diferente, con un sentido amplio que permita comprender su comportamiento y la toma de decisiones que se dé a su interior.

Los constructos institucionales y organizacionales se han movilizado a través del pensamiento estratégico y el cambio organizacional por la capacidad de observarse como formas de ver el mundo (cosmovisión), entre otras existentes (141).

La complejidad y su impacto en el pensamiento organizacional, trajo consigo el enfoque contingencial, lo que dio un viraje interpretativo y relevante al pensamiento estratégico, permitiendo que la estrategia sea una forma de instrumentalización en áreas conocimiento como la planificación y la administración en salud. Según esto, el diseño de la estrategia debe corresponder a una gestión que está en función de la incertidumbre, la volatilidad y ambigüedad. De esta manera, la estrategia es una forma de intervenir en perspectiva y prospectiva los posibles escenarios de desarrollo organizacional (142). Por lo anterior, “La estrategia es una decisión racional que busca robarle espacios, desde la racionalidad instrumental, a la racionalidad comunicativa y argumentativa” (135). Por esta razón, la estrategia no es predicción, es una expresión de comprensión. La estrategia no trata con

mundos racionales, globales, lineales; sino con actores con intereses, contradicciones, y alternativas, en continuo cambio y dinámicas permeadas por el poder y el conflicto (135).

Es importante precisar en este punto cómo se define la palabra estrategia etimológicamente por La Real Academia Española (143), como un vocablo proveniente del griego στρατηγία (stratēgía) que traduce oficio del general, στρατηγός (stratēgós); haciendo referencia a los principios estratégicos utilizados en la guerra y las figuras militares de la antigua Grecia. De allí que la palabra estrategia, desde su definición, ha sido utilizada y conceptualizada no sólo en el campo militar, sino en el campo político, social, administrativo y empresarial, entre otros; lo que ha permitido que este concepto sea objeto del pensamiento organizacional y su evolución (141).

La estrategia filosóficamente se relaciona con la toma de decisiones en una organización con el fin de alcanzar sus objetivos (103). La toma de decisiones en el contexto de la organización siempre ha de ser un proceso reflexivo, consciente y deliberado. Estas decisiones buscan lograr los resultados esperados, y decidir de una u otra manera un camino y renunciar a otras rutas que se hubiesen podido tomar (144). La estrategia es una forma de pensamiento, una forma de observar y percibir la realidad y pese a que es racional, y tiene una perspectiva de medios afines, se aleja de los conceptos de homogeneidad, estandarización y predicción – control (135).

La estrategia como forma de pensamiento se concibe como un complejo camino que emprenden grupos y organizaciones para llevar a cabo proyectos en medio de la pluralidad y el conflicto. La estrategia se considera como una continua construcción, debido a que es un

resultado longitudinal, propio de diferentes ópticas y una consecuencia de la interacción que hay entre el pensamiento (abstracción, racionabilidad y creatividad) y la acción (experiencia, aprendizaje y formación) que derivan en una toma de decisiones (145).

La teoría y el pensamiento organizacional, como sus escuelas, han apropiado en su desarrollo el concepto de estrategia, según el momento y contexto histórico, formándose hitos desde la cosmovisión de la organización y la Institucionalidad, lo que ha permitido que el pensamiento estratégico, tenga enfoques y escuelas propios, como "proceso estratégico, prospectiva, calidad, competitividad, responsabilidad social, grupos de interés, análisis y diseño organizacional, entre otros". La teoría central de estos enfoques centra sus formulaciones en la planeación del futuro y la traza de caminos que la organización debe tomar en términos de decisiones y acciones, en sus tres niveles básicos, como el estratégico, el táctico y el operacional, a fin de llegar a unos buenos resultados (141).

Por lo anterior el pensamiento estratégico, está en continuo desarrollo, es vigente y se actualiza, según las tendencias del entorno, basándose en la premisa de que se deben mejorar aquellos aspectos que se consideran negativos de propuestas anteriores y que su aplicabilidad debe darse a todo tipo de organizaciones sociales, públicas, privadas, estatales, entre otras; en pro de atender las necesidades del ser humano, comprendiendo el contexto, momento histórico y considerando conceptos como la equidad y justicia.

La estrategia en el marco de los problemas o las situaciones problemáticas de la Salud Pública se puede ver como una nueva forma de comprender los procesos asociados a la atención en salud, traza una línea para que, como modelo sea intervenida bajo un flujo de acciones (127).

Ella es un compromiso estratégico con carácter social, que beneficia la colectividad, con unos resultados en salud propios del impacto derivado de la comprensión, el diseño y la futura implementación de este tipo de propuestas, que atiendan la tensión que genera las brechas, entre lo definido en un plan y lo alcanzado del mismo, donde la experiencia de los pacientes refleje el éxito o fracaso del planteamiento estratégico organizacional, y que de igual forma dote de elementos al gestor en salud para reorientar la organización y su dirección (103).

Porter(68), citado por múltiples autores en temas de estrategia y específicamente, en temas relacionados con salud, define la estrategia como "ser diferente". Diseñar una estrategia, para este autor, es pensar en la competitividad, no en la competencia, desarrollar ventajas que diferencien a la organización en el mercado, considerando siempre como guía conceptual la creación de valor. Siempre se guía por una mezcla de resultados y costos, y a su vez, la experiencia que, desde la atención en salud, es considerada un servicio con calidad y centrada en el paciente, sus necesidades y expectativas y el manejo eficiente de los recursos.

Finalmente, esa movilidad de la acción y el impacto de esta para reducir brechas, es un concepto que le atañe al cambio organizacional. Tal como lo considera Vértiz(146), el cambio se concibe como una idea multisignificante y se asocia a sobrevivir, una forma de mejorar la competitividad y el desempeño o quizás para alcanzar la legitimidad. El cambio siempre se relaciona con la estructura y cultura organizacional, la psique de las personas que hacen parte de la organización y que se relacionan directa e indirectamente, formal o informalmente.

Este paso de una comprensión y manera de prestar servicios de salud, a una nueva forma de atención, es una ruta no solo estratégica, es un hecho que se tiene que considerar como un

proceso de cambio y este visto desde la crisis, como lo plantea Crozier, donde aduce que es importante reflexionar muy bien sobre la crisis y su base, para pensar en el diseño de una estrategia, no de la forma convencional y desde la planificación a largo plazo, sino de forma contingente, que permita anticipar o resolver de manera prospectiva posibles escenarios de construcción, en algunos casos esperados y controlados, en otros no.

Este autor plantea que la crisis se debe diagnosticar, hallando su causa – raíz y que el proceso de diagnóstico compartido y con participación genera confianza y permite crear bases seguras para el cambio. De allí que el cambio se debe regir no por los principios de estandarización y racionalización, sino pasar a los de simplicidad, autonomía y gobierno por la cultura. Es imperativo el seguimiento, evaluación y control, según los resultados, a las políticas que se apliquen, apoyarse en el talento humano de la organización y el conocimiento como carta de navegación.

2.4.1. Los modelos de gestión de la calidad, la eficiencia operativa y competitiva que antecedieron la ASBV.

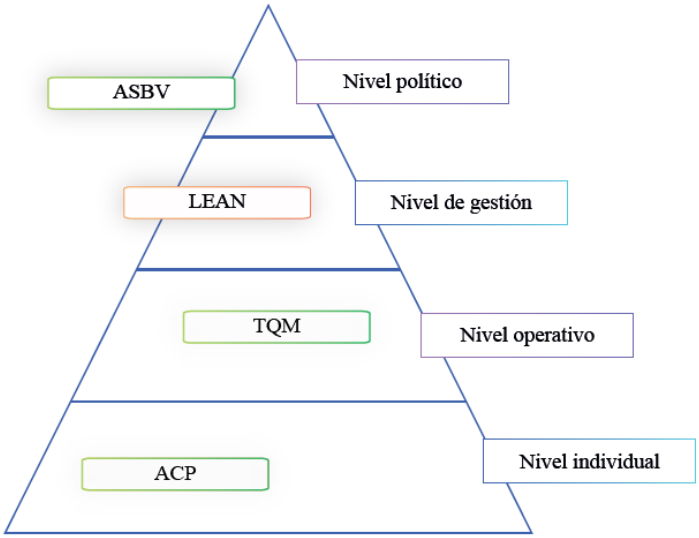


Figura 3. Diferencias en el nivel de gestión en salud y el enfoque de diferentes marcos de mejora de la calidad (147).

2.4.2. El modelo de las cinco fuerzas de Porter – 1979.

Pérez et al. (147), refieren que las Cinco Fuerzas de Porter es un modelo holístico, propuesto en 1979, que circunscrito en el pensamiento organizacional estratégico de la década de los setenta en Norte América, permite analizar cualquier organización en términos de rentabilidad. Este modelo también es denominado “Modelo de Competitividad Ampliada de Porter”, y se ha constituido en una herramienta matricial de gestión que permite realizar un análisis exógeno de la organización a través de la comprensión de la industria y/o sector a la que pertenece.

Las cinco fuerzas y sus actores son: I) Los clientes y el poder de negociación de estos. II) La competencia en el mercado y la rivalidad de las empresas que lo componen. III) Nuevas soluciones entrantes que buscan responder a las necesidades del mercado y la amenaza de poner en riesgo las ya existentes. IV) Los proveedores y el poder de negociación de estos. V) Soluciones sustitutas como respuesta al mercado de necesidades y expectativas actuales que se convierten en una amenaza para la oferta existente (147).

2.4.3. La ventaja competitiva y el valor según Michael Porter - 1985.

En 1985 la gestión organizacional fue permeada pragmáticamente por el nuevo concepto de valor presentado por Michael Porter(148) al mundo empresarial, posicionando el sistema de información empresarial como protagonista, debido a que a través de él, se observan escenarios y su comprensión propicia un acercamiento al concepto de valor. Porter relaciona estrictamente la ventaja competitiva con el concepto de valor y la cadena de valor. Alrededor de estos conceptos emergentes en la administración, Porter (148)plantea dos preguntas al mundo empresarial de la época enfocadas a la ventaja competitiva. Estas preguntas son: ¿cuál es el valor que genera rentabilidad en el mediano y largo plazo, según el tipo de empresa? y ¿cómo puede cada tipo de empresa asegurarse de producir y perpetuar este valor?

Porter(149) centra su respuesta en la ventaja competitiva y dice al respecto que “la ventaja competitiva crece fundamentalmente en razón del valor que una empresa es capaz de generar”. De allí que el concepto de valor en ese momento cobró un significado en términos de la percepción, como algo subjetivo y atribuible a la satisfacción de necesidades y expectativas, y que se reflejaba en la actitud y disposición para aceptar los precios de compra;

siendo estos un elemento de juicio para que el cliente elija entre varias opciones, por la mejor solución a precios más económicos y/o estratégicos y/o competitivos.

Una empresa se considera rentable si el valor que es capaz de generar es más elevado que los costos ocasionados por la creación del producto. Da allí que los costos y el valor sean cruciales para analizar y alcanzar una posición competitiva. Porter propone en su publicación cómo crear una ventaja competitiva y sostenible en el tiempo, y cómo generar valor en el largo plazo a través del enfoque en dos tipos de ventajas competitivas observables y medible en el mercado: liderazgo en costos y la diferenciación. El liderazgo en costos, que se refleja en la capacidad de producir o gestionar un producto y/o servicio con un precio inferior y/o estratégico al de la competencia; y la diferenciación del producto, es decir, la capacidad de crear y ofrecer una solución a una necesidad a través de un producto y/o servicio innovador y que capte la atención de la demanda respecto a los mismos productos y /o servicios que ofrece la competencia (150).

2.4.4. La creación de valor: Visión estratégica y sistémica-2004:

Haksever et al. (67), en el 2004 publican “A Model of Value Creation: Strategic View”, un modelo que permite interpretar la creación de valor en tres dimensiones: financiero, no financiero y a través de la línea del tiempo, donde la estrategia es un inductor de valor, y que asociado a la operación de la empresa tiene una relación de causa – efecto con el valor, y sus variaciones positivas o negativas afectan el mismo (151).

El concepto de creación de valor se encuentra relacionado con diversos temas como, la dirección, la gerencia y el gobierno corporativo de las organizaciones. La creación de valor

es una responsabilidad de la empresa, y según Magretta (152), su función va más allá de satisfacer las necesidades y expectativas de los accionistas, pues este se debe hacer extensivo a todos los stakeholders, quienes se deben considerar como parte integral de la gestión, tal como lo definió Freeman, "un interesado en la organización puede promover cambios o ser afectado por el cumplimiento de los objetivos organizacionales" (72). El conjunto de las partes interesadas lo componen cinco grupos de interés que son: los propietarios y/o accionistas titulares, clientes, empleados, proveedores y la sociedad.

2.4.5. Modelos de gestión, eficiencia operativa y mejoramiento de los procesos y la calidad aplicados al cuidado de la salud:

Pese a que la ASBV es un modelo emergente y ofrece un nuevo marco de acción, este ha sido influenciado por todos los anteriores y paralelos a su publicación, los cuales han nutrido su contenido y metodología de implementación, así como la coparticipación con otros en el diseño de nuevas estrategias de atención en salud orientadas a la persona. Algunos de estos modelos son: Modelo de Gestión de Calidad Total (TQM), Modelo Lean Production (producción ajustada), Modelo Lean Healthcare, Modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP) y el Modelo de la Triple Meta.

2.4.5.1. Modelo de Gestión de Calidad Total (TQM)

Este modelo nace de la experiencia de fabricantes japoneses, y según la teoría, este abordaje de la calidad y su concepto se dio a principios del siglo XX. La evolución de la industria de fabricación y producción a gran escala se favoreció debido a los grandes cambios en los procesos y métodos de trabajo y el aumento de la productividad, se soportó en el uso

intensivo de máquinas para generar producción en masa. Su enfoque fue de uniformidad y estandarización.

Esta nueva forma de hacer las cosas dio paso a que se iniciara el uso de los indicadores de calidad y los programas de evaluación de desempeño, con el propósito de que las organizaciones crecieran y se expandieran en el mercado. Este modelo soportó su operación en un sistema de información que le permitía centrarse en el análisis de eventos adversos y los aprendizajes que dejaban para el mejoramiento del desempeño. Además de mejorar la calidad en los productos y servicios, su propósito era atender las necesidades de sus clientes y perdurar en el largo plazo (66,153).

#### 2.4.5.2. Modelo Lean Production (producción ajustada)

Este modelo se derivó de la experiencia del fabricante de automóviles Toyota (Deming, 1986). Se entiende por producción ajustada a una estrategia que persigue la mejor forma de estructurar y administrar las relaciones de una compañía con sus clientes, la cadena de abastecimiento, la creación de productos y el procesos de producción; en otras palabras, es una estrategia que permite realizar más con menos desperdicio (menos equipamiento, menos esfuerzo humano, menos tiempo), a través de la identificación de la mejora de los procesos, y la identificación más precisa de los flujos primarios de valor y soporte, con la implicación de profesionales capacitados y motivados.

Los cinco principios del modelo son: I) Valor: Detalla lo deseado y esperado por el cliente. II) Cadena de valor: es el conjunto de todas las acciones específicas y necesarias que se deben articular para entregar un producto y/o servicio al cliente, bajo la consideración total y

completa del proceso. III) Flujo: se refiere a la actitud mental y disposición de las personas para apropiarse del cambio y considerarlo como la mejor alternativa. IV) Producción ajustada: se refiere al ahorro de costos, tiempo, espacio y esfuerzos. Su impacto se observa en la reducción del tiempo en el diseño de los productos y/o servicios, su procesamiento y en el tamaño del inventario. V) Perfección: Las personas que operan el proceso deben ser competentes, tener conocimiento y experiencia del proceso en conjunto. Se favorece la discusión y búsqueda de mejores formas de generar valor de manera continua.

Para alcanzar el logro de los objetivos de este modelo, se sugiere el uso de dos herramientas: Mapeo de flujo de valor (MFV) y Just inTime (JIT). De igual manera, se sugiere eliminar las pérdidas y clasificarlas en siete categorías en términos del desperdicio para la producción: la sobreproducción, el exceso de procesamiento, el tiempo de espera, el stock, el transporte, la circulación innecesaria y el defecto (66,153).

#### 2.4.5.3. Modelo Lean Healthcare

Lean Healthcare es una filosofía fundamentada en los principios de Lean Production, implementada en el sector salud para optimizar la gestión, organización y administración de los servicios de salud. La literatura respalda este concepto y agrega que el pensamiento Lean en la atención en salud debe interpretarse como una perspectiva integrada, tanto operacional (procesos) como sociotécnica (comportamiento del equipo humano y tecnológica) de un sistema de valores. Sus objetivos relevantes son: incrementar el valor para el paciente y eliminar los desperdicios a través de la generación de conocimientos acumulativos.

En este modelo, los principios se centran en el cuidado del paciente y se pueden describir como: priorizar a los pacientes en vez del entorno hospitalario y su equipo; reconocer el valor para el paciente, eliminar los desperdicios y disminuir al máximo el tiempo de tratamiento. En la actualidad, en el contexto sanitario, la atención al paciente se ve obstaculizada por labores administrativas y de otro tipo, las cuales deben ser menores, con el fin de centrar la atención en el paciente y favorecer la relación de cuidado.

La evidencia científica ha demostrado que implementar este tipo de modelos ha traído consigo en las instituciones y organizaciones mejores procesos de atención y resultados en salud. Hay una eficiencia operativa, la satisfacción es bien evaluada, se reducen los costos y los desperdicios. De igual manera, se favorece la gestión participativa en la toma de decisiones y que compartiendo responsabilidad y poder (66,153).

Finalmente, se puede concluir respecto a los modelos de gestión revisados hasta el momento, que se han utilizado para mejorar los procesos de atención y el resultado final para al cliente, reducir los desperdicios y las deficiencias en la calidad, así como para facilitar la coordinación entre servicios y unidades organizativas. De igual forma, se centran en mejorar y maximizar el flujo de la atención a través de la estandarización y medición de los resultados. Estos modelos tienen un alcance local, donde los resultados y variaciones en los mismos se hacen al interior de cada organización, a diferencia de la ASBV, donde los resultados se pretenden comparar entre varias organizaciones que pertenecen a un sistema, lo cual tiene implicaciones y compromisos con la relevancia de los datos a nivel operativo.

2.4.5.4. Modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP)

Por su parte, el ACP es un modelo ascendente en la actualidad, que a diferencia de los otros modelos se centra más en la persona, su experiencia y expectativas y en la complejidad del cuidado de la salud, que se relativiza por estar en función de las necesidades. El ACP nace como un movimiento que surgió de la ambición en el sector salud desde la década de 1960, el cual pretendía aplicar un enfoque holístico a los pacientes y su atención; su enfoque está en hacer respetar la particularidad de sus experiencias y aumentar su influencia en las decisiones sobre su propia atención. El ACP se puede considerar una filosofía que prioriza y da relevancia a la capacidad del paciente para contribuir a la atención, en lugar de ser un receptor pasivo del diagnóstico y el tratamiento (154).

McCormack, expresa que los métodos más usados en este modelo promulgan la toma de decisiones compartida, el trabajo en equipo entre el personal de salud, la facilitación del autocuidado y los métodos para lograr una mayor comunicación entre pacientes y profesionales del área de la salud (154).

Según Berwick, el ACP se entiende como una experiencia que promulga la comprensión del individuo como una persona única, que se debe tratar con respeto y dignidad. De otro lado, Coluter lo concibe como una atención personalizada, coordinada y facilitadora. Su enfoque es multidisciplinario e invita a que el paciente sea visto como una persona capaz de tomar decisiones compartidas en lo que a su salud le compete(73,74).

Donald Berwick, quien es el fundador del Instituto para la Mejora de la Atención Médica, establece que la atención centrada en el paciente es una dimensión fundamental de la calidad

de la atención médica. El autor afirma que este enfoque busca individualizar y personalizar la atención de los pacientes, y que son ellos los que deben decidir sobre el transcurrir médico. Para el 2009, este autor define la "atención centrada en el paciente" como "la experiencia (en la medida en que el paciente individual e informado lo desee) de transparencia, individualización, reconocimiento, respeto, dignidad y elección en todos los asuntos, sin excepción, relacionados con la persona, las circunstancias y las relaciones en la atención médica"(155). Berwick expresa manera critica que el alcance de este modelo no sólo puede llegar hasta el paciente, pues debe incluir en la experiencia a los familiares y seres queridos del paciente y lo renombra de una manera más amplia como: "atención centrada en el paciente y la familia" (155).

Por su parte, Coluter en el 2016, establece un modelo donde ubica a la persona en el centro del cuidado en salud que requiere y lo fundamenta en los principios de respeto y dignidad de la persona. El modelo consiste en una adecuación y desarrollo de diferentes medidas que se relacionan con el entorno físico, social y organizacional, con el propósito de promover la calidad de vida de las personas que necesitan cuidados en salud (73).

Para la autora, la atención centrada en la persona significa tratar y observar al paciente como un individuo, y de manera concomitante, como un socio igualitario en el proceso de atención. La atención en salud debe ser personalizada, coordinada y facilitadora. La atención no sólo puede verse como un modelo médico, debe ser visto de manera multidisciplinaria donde una persona puede requerir atención de otros profesionales. Este enfoque significa reconocer las competencias y el potencial de cada individuo y/o persona para gestionar y mejorar su propia

salud, no minimizarlas ni catalogarlas como víctimas de la enfermedad o receptores pasivos sin voz y reconocimiento en la atención (73).

Los sistemas de salud deben esforzarse y orientarse para garantizar que las personas que reciben atención en salud adquieran los conocimientos, las habilidades y la confianza para requerida para su tratamiento. Es lamentable que aún persistan enfoques excesivamente controladores, directivos y/o paternalistas que generan dependencia y debilitan la confianza de las personas para proteger su salud, prevenir enfermedades y gestionar su propio cuidado. Estos estilos y enfoques traen consigo posibles riesgos, como que la atención en salud sea inadecuada y que esto ocurra por desinformación del paciente, ya que es común que los subestimen respecto a la capacidad de asumir la responsabilidad de su salud (73).

Hay muchas personas en calidad de paciente que esperan se les reconozcan estas competencias. A quienes padezcan alguna limitación para asumir y poner en práctica estas capacidades y habilidades, se les debe garantizar que la familia, cuidadores, seres queridos y los defensores de los pacientes que estén capacitados participen abierta y plenamente en el proceso de planificación de la atención en salud (73).

#### 2.4.5.5 El Modelo de la triple meta

El modelo de la triple meta en salud también es ascendente y fue propuesto Donald Berwick en el 2007, pretendiendo mejorar la salud de la población, la experiencia de los pacientes en la atención en salud y reducir los costos de la atención médica per cápita. Para la implementación del modelo se debe hacer un compendio de información sobre la evidencia de los países que han implementación el modelo y la casuística de éxito. Se deben medir los

resultados en salud, promover un enfoque basado en el valor, hacer uso de la tecnología para la implementación y medición de los procesos y sus resultados, redefinir los sistemas de pago y transformar la cultura de la salud.

Este modelo tiene como retos y desafíos la coordinación de los actores del sistema de salud, mejorar la comprensión del modelo, pasar de un enfoque resolutivo a uno preventivo, superar la fragmentación de la atención en salud, mejorar la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud y la inequidad en el acceso los servicios de salud por falta de disponibilidad. La importancia de este modelo se fundamenta en que los sistemas de salud pueden optimizar y mejorar sus costos y la atención en salud (75,156).

# 3. MARCO TEÓRICO

## 3.1 Lo Estratégico: la Atención en Salud Basada en el Valor

### 3.1.1. Redefiniendo el cuidado de la salud: creando una competencia basada en el valor en los resultados-2004. Los antecedentes y el problema:

Para el año 2004 Michael E. Porter y Elizabeth Olmsted Teisberg expresaron en su publicación "Redefiniendo la competencia en el sector salud" (68); que el sistema de salud Estadounidense tenía un mal desempeño en términos de calidad y costos, afectado por el tipo de competitividad que presentaba este mercado, se caracterizaba por fuertes barreras de acceso a la prestación de los servicios, la atención en salud era restringida, pobre y con una alta frecuencia de errores prevenibles en el acto médico. El sistema de salud se observaba fragmentado e inequitativo a través de fenómenos no explicables relacionados con diferencias en costos, calidad de los proveedores y cambios muy marcados según el área geográfica(68).

Los autores argumentan por qué el sistema debe cambiar: los actores no crean valor, por el contrario, lo destruyen en algunos casos y en otros lo dividen. Es común la transferencia de riesgos y de costos. La innovación y desarrollo tecnológico en salud es poco y la información se acumula y finalmente el paciente es el actor más afectado. Para los autores, la competencia de suma-cero debe acabar y se debe transformar en una suma positiva a fin de favorecer la salud en todos sus aspectos y momentos, así como su intervención efectiva en el proceso de salud – enfermedad desde la prevención, el diagnóstico, la rehabilitación, tratamiento de la enfermedad y promoción de la salud. La atención en salud y sus resultados se deben estandarizar y comunicar por cada una de las instituciones que prestan servicios de salud a sus pacientes, para que ellos desde la libre elección, decidan donde ser atendidos(68).

Los proveedores de tecnologías en salud, los prestadores de servicios de salud y los pagadores y responsables de los planes de atención se deben orientar a establecer mecanismos de facturación y fijación de precios centrados en los resultados, que sean transparentes, a fin de evitar la transferencia de los riesgos del sistema, los vacíos tarifarios y demás aspectos asociados a la ineficiencia del sistema, para de esta forma crear atenciones más enfocadas, integrales y especializadas a condiciones médicas, y empezar a dar fin a un acto médico fragmentado, centrado en la especialidad médica y con pocos y desfavorables resultado en salud(68).

### 3.1.2. La prestación de los servicios de salud, escenario base para la transformación de la atención en salud. – 2006:

Michael Porter y otros autores motivados por la problemática antes referida, pensaron en nuevas formas de intervención para mejorar el desempeño del sistema de salud en Estados Unidos, y es ahí cuando Porter(157), propone el concepto Value-Based Health Care (VBHC), traducido al español como Atención en Salud basada en el Valor, fundamentado en el pensamiento organizacional estratégico, que tiene por fin reorientar la atención en salud a nuevas rutas de acción que generen los mejores resultados en salud posibles, que sean relevantes para el paciente y que estos se relacionen y estén en función por cada unidad de gasto o costo en la que se debió invertir para poder generarlos (58,157).

En un contraste de la literatura inicial y la más reciente sobre la implementación de este modelo, es transversal la tesis que afirma que este enfoque no se sustenta en el simple hecho de minimizar costos, sino en brindar valor a los pacientes; estos se deben segmentar según

sus necesidades, para de esta forma diseñar una experiencia de atención y servicio. El nuevo escenario de competencia se basa en el valor, y se centra en los beneficios para el paciente, nuevas reglas de negociación, calidad en la atención en salud y eficiencia para producir esos resultados en salud (58,158).

Esta transformación en la prestación de los servicios de salud y el mejoramiento en la atención en salud se basó en tres principios: I) El objetivo es el valor para los pacientes. II) La prestación de los servicios de salud y la atención en salud se organiza en torno a condiciones médicas y ciclos de atención. III) Se miden los resultados.

Este nuevo enfoque rompe con el paradigma tradicional de la medicina basada en la evidencia, el cual se orienta bajo la perspectiva de la economía de la salud, donde se evalúa de forma separada la eficacia, la eficiencia y la relación costo – efectividad, la seguridad, la pertinencia y calidad en la atención. El modelo no fragmenta los resultados, establece un resultado global que agrupa la atención en salud en función de las necesidades y lo denomina "el ciclo de atención"; este ciclo está compuesto por tres momentos: I) La recuperación parcial o completa del estado de salud. II) El proceso de rehabilitación. III) Sostenibilidad del estado de salud alcanzado (157).

Porter define el valor como la relación entre los esfuerzos que se dan desde la atención en salud y que se reflejan en los resultados en salud, los cuales deben estar en función de lo que se invierte para obtenerlos en términos de costos. para de esta manera brindar la mejor experiencia y resolución a las necesidades de los pacientes, considerando que los resultados

en salud que se obtengan deben ser relevantes para ellos. Porter expresó esta definición de manera esquemática en la siguiente expresión (159):

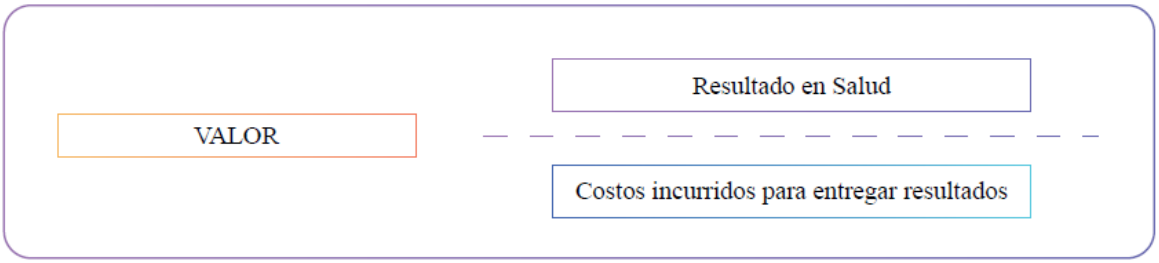


Figura 4. Ecuación de Valor según M. Porter (159).

En el 2018, en el VII Foro de Transformación Sanitaria que se adelantó en Europa, específicamente en España denominado la "La transformación hacia una salud sanidad basada en el valor" (82), se expuso este enfoque como una nueva ruta de la gestión en salud que favorece el desarrollo de herramientas que orientan la transformación de los sistemas de salud y lleva a un mejor desempeño en términos de salud y bienestar, como fin de la salud pública.

El valor es ahora un concepto que hace parte de las consideraciones políticas y de gestión de la salud pública en el mundo, es vigente y se constituye en una oportunidad para mejorar los resultados en salud. El modelo ASBV aún tiene múltiples interrogantes sobre su implementación y otros aspectos que hace que sea objeto de la agenda académica e investigativa de la atención en salud. Es un modelo que puede atender los cambios demográficos, epidemiológicos y demás aspectos que hoy conllevan al aumento de la carga de enfermedad y afectan de manera negativa la salud y el bienestar de la población (82).

Porter, con esta propuesta, busca la excelencia en la atención en salud y el mejoramiento continuo, el trabajo en equipo, colaborativo, coordinado, integrado e interdependiente de las especialidades médicas, lo que permitirá una atención global y por ciclos, no por episodios y resultados parciales, lo que afianzará cada día el éxito de la atención médica, el desempeño médico promedio aumentará, la cobertura de atención también crecerá, y el valor mejorará (58).

Otros aspectos relacionados e importantes del modelo es que el paciente se vuelve corresponsable de los resultados en salud y el mantenimiento del estado de salud alcanzado, el paciente se convierte en un actor activo durante y después del proceso de atención. Los riesgos legales y jurídicos de demandas por atenciones indebidas deben tener una tendencia a la baja; los sistemas de pagos e incentivos a los proveedores en salud mejorarán y se centrarán en los resultados y no en el volumen. Las barreras de acceso serán menores. y sus efectos deberán mitigarse. Los costos, la eficiencia y costo efectividad y beneficencia aumentará. Los sistemas de información en salud se potencializarán y darán soporte a las decisiones y mejoramiento en los resultados (58).

### 3.1.3. Definición de los objetivos y la incorporación del paciente

La literatura sugiere que después de elegir la condición médica sobre la que se implementará el modelo, se deben establecer los objetivos de valor. Estos deben contener los resultados en salud relevantes para el paciente para esa condición médica o enfermedad específica, que previamente fue elegida, y que facilitará la alineación de los procesos asistenciales con el propósito de alcanzar los objetivos acordados y definidos, y por consiguiente, su medición.

Esto exige incorporar a los pacientes y/o sus representantes desde el inicio, para que a través de un proceso reflexivo y de comprensión se logren establecer esos resultados en salud relevantes para los pacientes durante el ciclo de atención y en sus tres fases, en acuerdo con lo que la evidencia científica define (157,160,161).

### 3.1.4. Los objetivos de valor y sus métricas: cambio conceptual y de sistema de medición

La voz del paciente es fundamental y relevante para lograr una atención basada en el valor, y es el insumo para avanzar en el mejoramiento de los resultados de salud y en la investigación médica; sin embargo, el gran desafío clave es cómo traducir esta "voz" en datos científicamente válidos que puedan informar y/o reportar las decisiones clínicas basadas en la evidencia. Una de las mayores barreras es la gran variedad de resultados informados por el paciente (PRO). La propuesta metodológica hasta el momento es propiciar espacios y encuentros con los pacientes, para llegar a establecer los dos tipos de resultados que deben ser informados por ellos y que se relacionan con sus expectativas frente al proceso de atención en salud y sus resultados (157,160,161). Estos son los PROMs y los PREMs. Pese a esto, en el desarrollo del modelo se han propuesto otras formas de medir como la triple C's en inglés (Capability, Comfort, and Calm) que traducen Capacidad, Comodidad y Calma (tranquilidad). Estas están centradas en mediciones esenciales de la calidad de la atención en salud y de esta forma se prioriza la calidad de vida y la dignidad al morir (162).

Las nuevas métricas que deben acompañar la gestión en salud y la atención en salud, son aquellas que se orientan a medir la calidad y el mejoramiento de los procesos de atención y de los resultados en salud a través de indicadores de estructura y procesos que velen por

reflejar con datos y mediciones objetivas todo lo relacionado con el uso de las mejores prácticas, el desempeño y rendimiento, los resultados financieros y la toma de decisiones individuales (163) y compartidas(164) que permitan tener prácticas mejorables en el tiempo, de manera participativa.

#### 3.1.4.1. Los Patient Reported Outcome Measures (PROMs)

En español traduce "medidas de resultados reportadas por el paciente". Este componente tiene como fin diseñar los objetivos de valor y sus métricas de lo que se espera en los niveles I, II y III del ciclo de atención (estado de salud alcanzado, proceso de recuperación y sostenibilidad del estado de salud) en términos de los resultados en salud esperados durante y después del proceso de atención, según la percepción y expresión de ellos.

Lo contenido en esos resultados acordados y definidos, deben relacionarse con factores que respaldan la opinión de los pacientes frente a la atención en salud recibida (tratamiento o intervención), y su impacto en aspectos como la sintomatología, la funcionalidad, el estado de salud alcanzado y la calidad de vida. Los objetivos y métricas acordadas y establecidas permitirán analizar y valorar los resultados alcanzados, respecto a lo esperado.

#### 3.1.4.2. Patient Reported Experience Measures (PREMS)

En español traduce "medidas de la experiencia reportada por el paciente". Este componente tiene como meta diseñar los objetivos de valor y sus métricas a fin de orientar el proceso de atención (tratamiento o intervención); en términos de la experiencia y expectativas del paciente respecto al acceso y uso de los servicios de salud, según la percepción y expresión de ellos.

La información de los PREMS debe relacionarse con variables que respaldan la opinión de los pacientes, frente a la prestación del servicio, su experiencia y satisfacción en aspectos como los tiempos de espera, la calidad de la información recibida, el confort y descanso, la comprensión sobre el tratamiento, entre otros satisfactores. Los objetivos y métricas acordadas y establecidas en este apartado permitirán analizar y valorar los resultados alcanzados, respecto a lo esperado; según la experiencia y expectativas del paciente.

### 3.1.5. El ACV y los PROMs

Ante el comportamiento epidemiológico del ACV, sus preocupantes cifras y datos, se han realizado esfuerzos de carácter científico, para estandarizar los resultados en salud durante todo el ciclo de atención de esta condición médica (165). Porter en el 2012, fundó la International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM), en español Consorcio Internacional para la Medición de Resultados de Salud; una organización que potencializa la atención en salud basada en el valor y es quien aporta propuestas de resultados en salud relevantes para los pacientes y las socializa en la comunidad científica que se orienta a la gestión en salud centrada en el paciente y la creación de valor. En la actualidad esta organización informa que cubre el 57% de la carga de la enfermedad en el mundo, con los conjuntos terminados y los que están en proceso, y que tienen como fin medir los resultados en salud de dichas condiciones médicas que generan la actual carga de enfermedad, entre ellas las cardiovasculares (166–168).

El ICHOM para el 2021, socializó la estandarización de los resultados en salud para el ACV y la recomiendan en términos de relevancia para el paciente. Esta organización hace un llamado para que se implementen y se midan las medidas estandarizadas, para así

comprender cómo mejorar la vida de las personas que padecen ACV. Las medidas incluyen: el estado de ánimo y la función cognitiva global, dolor y fatiga, movilidad, alimentación, capacidad para volver a las actividades habituales, cuidado y aseo personal, y por último, la participación social y capacidad de comunicarse. Se propone realizar seguimiento a través del cuestionario de salud global PROMIS SF v1.1, con preguntas adicionales de un solo ítem sobre movilidad, alimentación, cuidado y aseo personal, y capacidad de comunicación. Se recomienda incluir el cuestionario de la Escala de Rankin Simplificada y Modificada (smRSq) (169).

### 3.1.6. El diseño de la cadena de valor

Posterior a lo anterior y bajo un enfoque de procesos, como el sugerido por Donabedian(170) para las empresas de salud; se crean un conjunto de actividades relacionadas y secuenciales, que se clasifican en entradas, procesos y resultados orientados a la eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento y cuidados del paciente. Estas actividades son normalizadas a través de procesos que mejoran la calidad en la atención y que permiten que se reduzcan desviaciones y variaciones negativas en la atención en cada una de las unidades funcionales o áreas de la organización.

El enfoque Porteriano del valor se basa en la construcción de la cadena de valor asistencial (CVPA); esta no es una guía o protocolo clínico, ni la ruta trazada para el paciente en términos administrativos y clínicos, ni tampoco la descripción de los procesos del qué, cómo, cuándo, dónde, quién y con qué (recursos) se hace. La cadena de valor, como lo refieren Barrubés et al. (157) “es una herramienta descriptiva y normativa de todos los actos que deben realizarse,

quién los realiza y cómo contribuyen al alcance de los resultados en salud relevantes para el paciente".

Esta nueva concepción sugiere un cambio de modelo pasando del volumen al valor, entendiéndose este como "el resultado global en salud relativo a la calidad de la asistencia y el costo de todo el proceso". El impacto de este nuevo modelo representa para los pacientes una atención más segura, pertinente y eficaz, que busca asegurar los resultados en salud y la calidad de vida. Para la organización es dar continuidad al uso de la medicina basada en la evidencia, donde a partir del aprendizaje de su eficacia y la consideración de los deseos y preferencias de los pacientes, se espera un modelo que tenga como desenlace un sistema de salud más eficiente y sostenible.

Tal como lo exponen Barrubés et al. (157), diseñar la cadena de valor significa revisar sistemáticamente todas aquellas actividades transversales a la atención en salud y que aportan un valor relevante para la comprensión y conocimiento del modelo, sus procesos y resultados; así como la información y asesoría al paciente, con el objetivo de que comprenda su rol como actor activo y central en el modelo. Por otro lado, las métricas serán constantes en el modelo y ayudarán a lograr los resultados esperados y estandarizados.

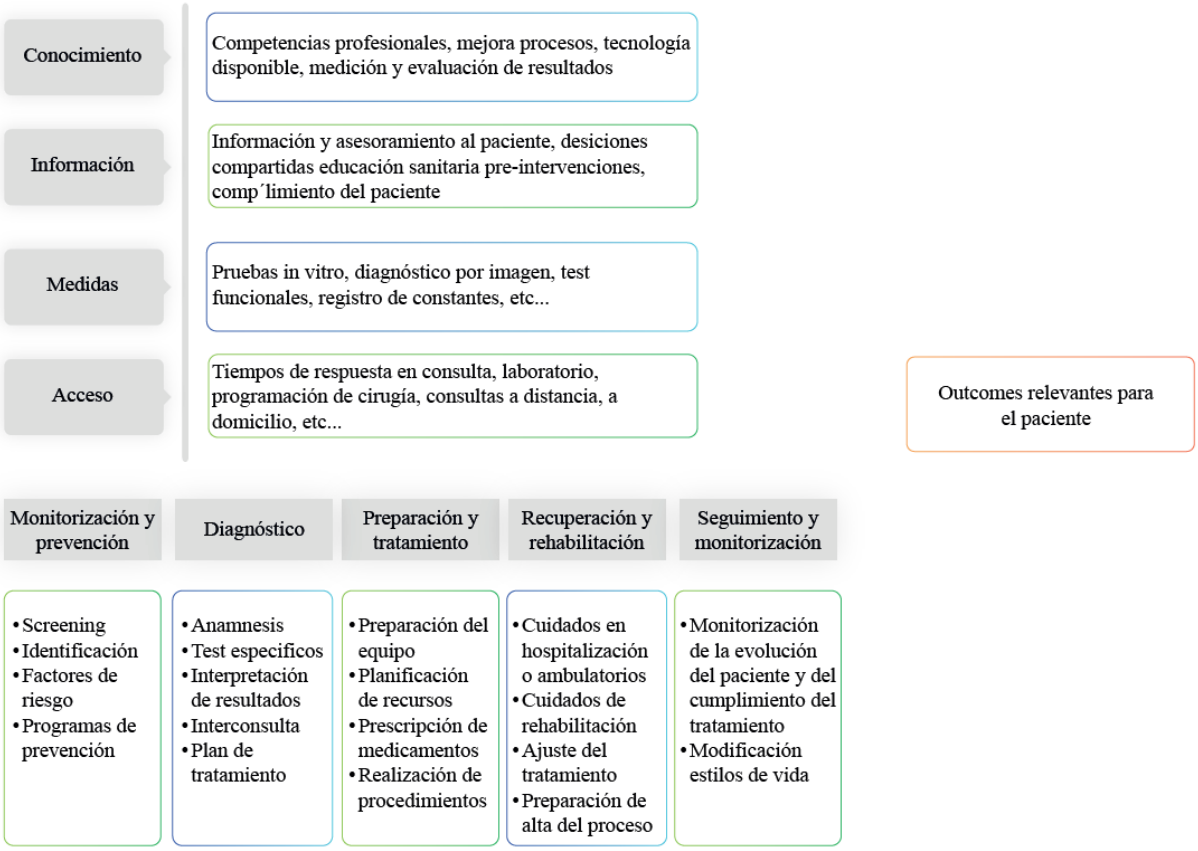


Figura 5. Modelo de diseño de la cadena de valor del proceso asistencial (157).

Barrubés et al. (157), proponen el círculo virtuoso de Porter para una condición médica bajo el siguiente esquema, el cual da forma a la cadena de valor en términos de acciones y pasos que permiten trazar un camino metodológico, para la implementación de esta ruta del valor.

### 3.1.7. El círculo virtuoso en la prestación de servicios de salud.

Este concepto esquemático de la cadena de valor, nace de la gestión en salud, orientado por el pragmatismo del pensamiento organizacional estratégico y la administración, que buscan acciones lógicas e interrelacionadas a través de métodos y prácticas operacionales para mejorar los resultados en salud para una condición médica; de tal forma que se incremente

la competitividad de la organización, permitiendo a los pacientes elegir desde el valor su prestador y encargándose de transformar sus necesidades y expectativas, en mejor atención en salud y desarrollo tecnológico que favorezca el buen desempeño.

El diseño de la cadena de valor paso a paso (Diseño basado en el círculo virtuoso de la prestación de los servicios de salud – Porter)

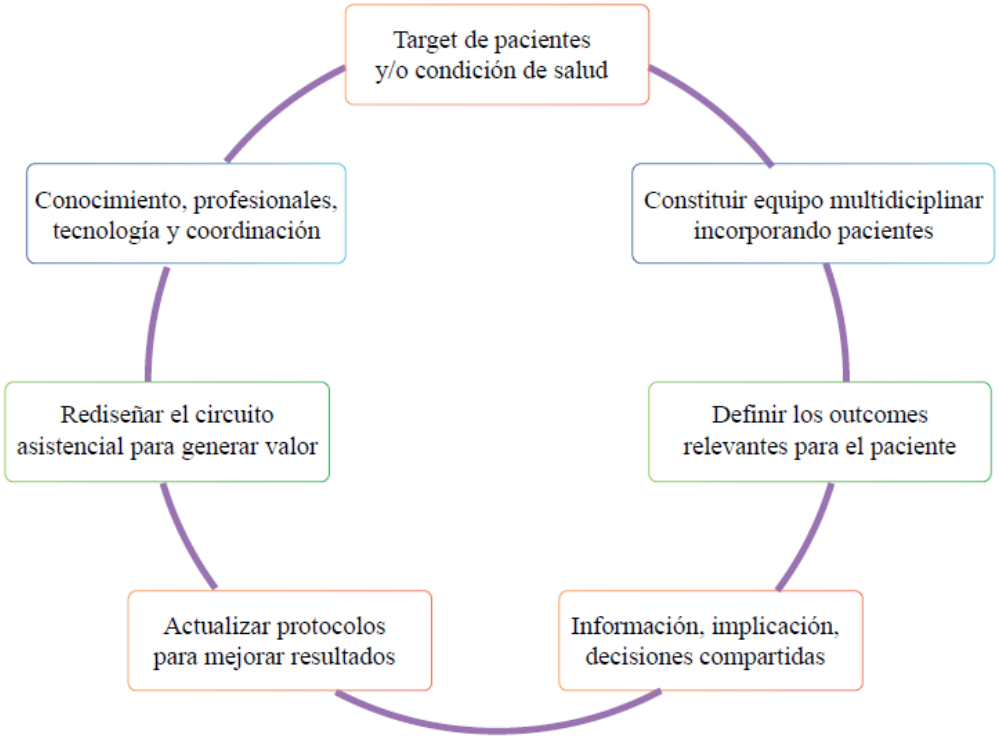


Figura 6. El Círculo Virtuoso de Porter y Kramer (157).

### 3.1.8. El principio de valor compartido de Porter y Kramer

Porter y Kramer (171) en 2006 publicaron Estrategia y Sociedad donde planteaban el vínculo y la relación existente entre ventaja competitiva y responsabilidad social corporativa. En esta publicación, los autores introducen el principio de valor compartido, concepto que se desarrolla durante cinco años y se presenta en el 2011 en "Creating Shared Value. How to reinvent capitalism- and unleash a wave of innovation and growth" publicado por Harvard Business Review. La creación de valor compartido, refleja la creación de valor económico de tal manera que las necesidades de la organización, al igual que de quienes hacen parte y se relacionan con ella, como lo son los empleados, los proveedores, los clientes, los propietarios y la sociedad en general, se resuelvan de forma simultánea bajo el actuar de la organización, para que esta perspectiva sistémica y sistemática vuelva a conectar los resultados del éxito empresarial con el progreso y desarrollo social, sin ser este concepto algo filantrópico. Este enfoque favorece a las organizaciones más longevas y con proyección en la frontera del tiempo del crecimiento y desarrollo organizacional.

### 3.1.9. La agenda estratégica para la creación de valor en la atención en salud

En 2013, Michael E. Porter y Thomas H. Lee publicaron el artículo The Strategy that will Fix Health Care, publicado en octubre por el Harvard Business Review (HBR) (69). Allí los autores definieron una "Agenda de Valor" de 6 componentes (ver figura 7), que se han transformado en los elementos base actuales para desarrollar la a Salud Basada en el Valor (SBV).

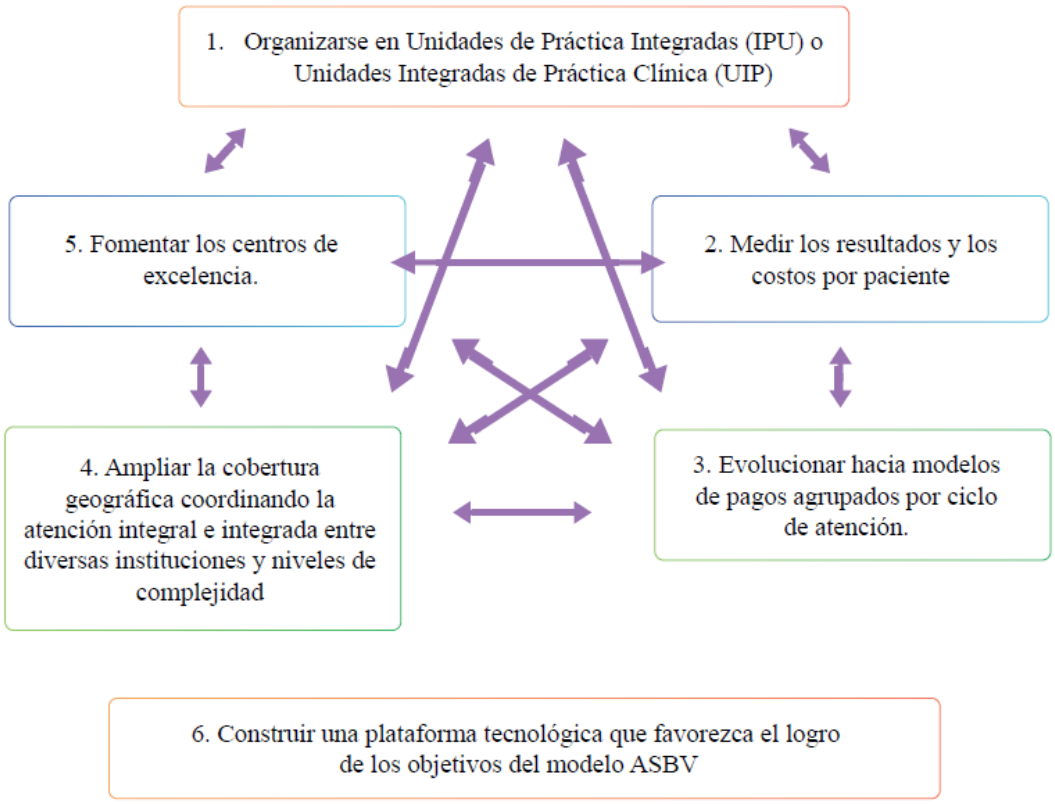


Figura 7. Los seis componentes del Modelo Conceptual de ASBV que guían su agenda estratégica (69).

La Agenda estratégica requerida para moverse hacia sistemas de salud que entreguen alto valor contiene 6 componentes, todos los cuales son interdependientes y mutuamente reforzados. El progreso será mayor si múltiples componentes avanzan en conjunto.

Los Servicios de Salud deberán transitar desde el actual modelo de pagos basados en el volumen, hacia los pagos basados en el valor. A continuación, se analizan los componentes de la agenda estratégica, según Michael E. Porter y Thomas H. Lee:

#### 3.1.9.1. Unidad Clínicas Integradas o Unidad Integrada de Práctica Clínica (UIP)

Es un equipo de trabajo interdisciplinario e integral entre lo clínico y lo no clínico, dispuesto para la atención del paciente durante todo el ciclo de cuidado, y por lo general, busca agruparse por patología y complejidad, evitando separar la atención por especialidad o áreas físicas dentro de la misma Institución.

#### 3.1.9.2. Mediciones de resultados y costos por cada paciente.

Busca construir métricas para los resultados (outcomes) desde la perspectiva clínica y la del paciente, estando en una continua correlación con los datos, y basada en el sistema de información. Este concepto invita a reenfocar la calidad de la prestación y su medición a la adherencia a las guías y protocolos estandarizados en función de los resultados del paciente y organizados por patologías, no por procedimientos o tipo de especialidad interviniente. El desempeño de estos resultados debe obedecer al cumplimiento de una cadena de valor establecida previamente. Asimismo, la información de estos resultados debe ser de consulta abierta y permitir su acceso en línea, a través de plataformas digitales en tiempo real, y orientada a los datos a gran escala, hacia el acto médico con precisión y análisis dinámicos en tiempos reales (30).

#### 3.1.9.3. Pago por paquetes integrales de atención

Esta estrategia busca definir previamente que la cadena de valor deberá enfocarse en pagos por “paquetes integrales de atención o pagos agrupados”; estos deben incluir el costo total de un resultado en salud y en su estimación se deben incluir los sobrecostos por reingresos o efectos adversos asociados a una inadecuada atención por parte del prestador, los cuales deben asumidos por este. En otros estudios, este concepto se orienta a que los resultados

sean un incentivo que se asocie a los esquemas de pago que se realizan al talento humano en salud, por los resultados obtenidos y de esta forma orienta la organización a una cultura del valor (30).

#### 3.1.9.4. Redes Integradas de Prestación de Servicios

La atención en salud se debe orientar a la conformación de Redes Integradas, lo que enfoca la prestación de servicios en salud a la eficiencia, evitando así la duplicación de procesos, actividades o recursos. Estas redes se deben construir a través de cuatro pasos secuenciales: "1. La redefinición del rango de servicios ofertados, para cada organización prestadora, este proceso debe llevarse a cabo definiendo los grupos de riesgo en los que se va a concentrar la prestación del servicio de salud. 2. La concentración de la atención especializada en menos ubicaciones. 3. La selección de la ubicación correcta para todos los servicios de baja complejidad, ampliando su alcance geográfico, su oportunidad y su resolutividad. 4. La integración del proceso mediante redes de prestación entre diferentes servicios y sedes, que permitan mejorar la aplicación de guías clínicas estandarizadas, protocolos, listas de chequeo y procesos de verificación de la calidad"(30).

#### 3.1.9.5. Expansión geográfica

En consideración con el componente 4, la prestación de servicios de salud y sus organizaciones deben redefinirse en términos de crecimiento en el mercado, su desarrollo debe ser a través de redes, considerando el área de influencia, y que en ella no se participe con más oferta de servicios que la demanda evidenciada, o crecer de forma aislada o con una visual de competencia; su crecimiento debe estar en función de la construcción de valor para el contexto específico.

Es imprescindible analizar si la prestación se debe hacer de forma directa o indirecta a través de estrategias de alianzas organizacionales, ya que cualquier medio sería favorable si se hace orientado a la creación de valor, esta decisión debe estar soportada en la articulación con los niveles de complejidad requeridos para la atención y un buen sistema de información en salud (30).

#### 3.1.9.6. La plataforma tecnológica que permite medir y validar la creación de valor: el componente transversal

Es necesario que la operación de toda la agenda estratégica, contenida en los puntos anteriores se apalanque en una plataforma tecnológica, y que, por ende, soporte la creación de valor: "Los sistemas de tecnologías e información apalancan el valor generado por los otros cinco componentes: 1. Estar centrados en el paciente a través de toda la atención. 2. Manejar un lenguaje común, entendible por la organización. 3. Cubrir todos los tipos de información de los pacientes. 4. Permitir el acceso de información a todas las partes involucradas. 5. Estar basado en la gestión del riesgo y el seguimiento a los costos. 6. Tener una arquitectura de información que permita extraerla y analizarla fácilmente" (30).

## 3.2. Lo metodológico: la ruta hacia la implementación

### 3.2.1. La metamorfosis de la atención en salud: una proyección de la realidad futura de los resultados en salud

Los sistemas de salud en el mundo, por sus características, están invitados a un continuo cambio y transformación a través del institucionalismo. Retados y motivados por tener un

mejor desempeño, deben explorar nuevas formas de atención en salud, que es su principal estrategia para mejorar los resultados en salud y el bienestar de la población (65). El desarrollo organizacional se ha orientado, en los últimos tiempos, por enfoques contemporáneos como el sistémico, el cual relaciona su ambiente y lógica interna de funcionamiento (entradas, procesos y salidas) con lo que ocurre en el ambiente externo. La organización debe reconocer que no está aislada y que hace parte de un entorno, que debe ser tenido en cuenta para obtener de él recursos que favorezcan su desarrollo. De igual manera, debe comprender que su desarrollo puede ser guiado por el enfoque de contingencias o situacional, que viabiliza su avance porque cada contingencia requiere diferentes formas de dirección. Estos procesos de cambio y transformación contemporáneo se dan centrados en la motivación, la comunicación, la satisfacción y el compromiso (172).

Desde la complejidad de los procesos de cambio social, esta nueva ruta para llegar a una atención en salud diferente, se debe emprender a través de tres momentos orientados por tres tipos de cambio; en su orden, se parte de un cambio proyectable que indica que ante un problema complejo como lo es el ACV para la Salud Pública en Colombia y en el mundo, se establece un proyecto y sus acciones planificadas desde una lógica lineal, para su fase inicial. Superada esta fase, se debe enfocar en un cambio transformativo donde la crisis, el anquilosamiento y la parálisis se deben superar des-aprendiendo, cambiando los esquemas y paradigmas mentales y alejando todo aquello que limite llegar a una nueva realidad esperada y planeada. De manera concomitante con este proceso, se debe iniciar un cambio emergente, donde la adaptabilidad se adecúa al aprendizaje experiencial, y ante lo no esperado y planeado se dará forma a una nueva manera de atención en salud adaptada a un contexto específico con su propia dinámica (173).

Estos cambios en su orden deben permear diferentes niveles de la organización, guardando coherencia con el tipo de cambio que se esté enfrentando. Los procesos de cambio deben ser participativos, de apoyo estratégico y direccional, para que de esta forma se pueda llegar a transformaciones personales, relacionales, de patrones, pensamiento y acción, así como estructurales e institucionales. En otras palabras, los cambios son de primer orden cuando se aborda lo operativo, de segundo orden cuando lo que se afecta es lo epistemológico, y el de tercer orden es cuando el cambio versa sobre lo ontológico (173).

El cambio, puesto en el contexto de este estudio sobre el paso de la atención en salud basada en el volumen a la centrada en el valor, puede ser viable en cuanto se comprenda que esta es una decisión que debe tomar la IPS en Colombia. Decisión (acción racional) de cambio que se centra en dos tesis, una instrumental por la aplicación de la estrategia del ASBV, lo que indica que es este modelo lo que instrumentaliza la institución y la organización para el cambio; y la otra es la del actor, donde los individuos se comportan e interactúan estratégicamente para provocar ese cambio; todo en el ámbito de la racionalidad que da la toma de decisión sobre elegir una estrategia como ASBV (174).

Esta decisión y su proceso de cambio se ven afectados por dos factores, uno controlable que está asociado a la toma de decisión y el no controlable que se relaciona con lo humano y su poca predictibilidad. Este último factor no controlable afecta la organización (estructura, poder y cultura), lo que conlleva a que el cambio sea el resultado de cómo los actores interactúan y cómo interpretan desde sus esquemas mentales, psicológicos y emocionales la situación externa y su efecto en el marco institucional (174).

Finalmente, el cambio organizacional es multisignificante, los factores de cambio son intencionales, y pueden ser controlables y no controlados, especialmente la institucionalización de aquellos mecanismos que buscan garantizar la certidumbre en la interacción social y que son principio de la estabilidad organizacional; ellos no contravienen el cambio, pero lo restringen y determinan los canales adecuados para éste (174).

## 3.3 Los Elementos Esenciales del cambio en la Atención en Salud

### 3.3.1. Las representaciones

Las representaciones son un componente cognitivo del ser humano, estableciendo relaciones analógicas que le permiten modelar y construir una realidad de su entorno y esto se conecta de forma directa con la dialéctica que se establece en la relación sujeto – contexto, lo que hace viable la adaptabilidad de la persona a su entorno y la capacidad de ser creativo o innovador en este espacio (175). Las representaciones se convierten en un concepto, siendo este el resultado de un producto o un proceso: de un producto cuando nace de una experiencia interna que reemplaza el objeto externo(176); y de un proceso, cuando el concepto nace de lo conservado como experiencia en múltiples acontecimientos (177).

La psicología ha utilizado la representaciones para explicar el comportamiento y los estados mentales de las personas, considerando que en cada escenario donde hay un estímulo, existe una respuesta y se refleja en la relación situación-comportamiento (176), siendo las representaciones las que instrumentalizan esa correspondencia. Este proceso se da porque el estímulo se produce a través de un proceso de transferencia y transformación (transducción) que va desde lo interno, hasta producir variaciones externas (176), y por lo tanto, esto se

convierte en un proceso dialéctico. Estas representaciones fenomenológicas subjetivas se afectan por la distancia que se tenga del objeto, la persona o situación que la produce, y de allí la importancia de la interacción entre la persona y su entorno, que para este caso será comprender esa representación del valor y su significado en un contexto específico y sin experiencia de este.

En este caso, la representación fenomenológica es una estrategia ideal para comprender la atención en salud basada en el valor como una situación derivada de dicha representación, no como un fenómeno actual, sino como algo futuro. Esta estrategia es ideal, pues es el insumo para la construcción de la ruta metodológica y estratégica; así, la representación cumple la función de anticipación a la acción, y en consecuencia, conlleva a una reorganización interna de cada uno de los actores, y abordando dos subfunciones que son: a) rescatar del pasado las percepciones o el comportamiento y b) de forma proactiva entender cómo serían las percepciones o comportamientos en el futuro (175).

Este proceso estará determinado por el aprendizaje, como la introspección de información nueva, que llevará a la modificación de conceptos ya existentes, quizás arriesgando perder detalles originales de la propuesta y haciéndolos más coherentes con las personas y su contexto. Es decir, que es posible que las personas se logren abstraer del sentido general y propongan construcciones basadas en recuerdos y experiencias, concluyendo que los procesos cognitivos pueden considerarse “como un llenado y un descubrimiento de blancos en la estructura de una situación, así el sujeto puede relacionar la nueva información con la experiencia previa” (178).

### 3.3.2. Mapas, modelos mentales y paradigmas

Desde las psicología cognoscitiva y constructivista se han hecho valiosos aportes que han incidido positivamente en las organizaciones, a través de los mapas o modelos mentales, agrupados en el concepto de paradigmas (179).

Para Senge y otros teóricos del tema, los mapas o modelos mentales son las imágenes, supuestos e historias que se tienen en la mente acerca del propio mundo, del de los demás y de las instituciones, los cuales se convierten en las herramientas para enfrentar el entorno. De acuerdo con estos autores, los seres humanos viven en un mundo “real”, pero no se actúa directa e inmediatamente sobre ese mundo, sino que se hace a través del uso de mapas, representaciones, modelos o interpretaciones codificadas de ese entorno o realidad, las cuales nacen de los propios procesos cognitivos; por tanto, se puede concluir que la construcción de la realidad no es algo pasivo, es un proceso activo (179).

Lo anterior debe servir de guía para entender que los mapas mentales son una forma de entender una realidad, pero que esta no constituye “la realidad real”. El mapa mental, en términos de realidad, habla de ese sujeto con base a sus creencias, opiniones, procesos propios de aprendizaje, teorías personales, valores, estrategias, principios, normas y valores; en resumen, la visión de las cosas y su forma de pensar. Estos modelos mentales “están conformados por los agregados o sistemas de información interrelacionada que dan origen a tales conceptos, reglas, patrones, esquemas y maneras de concebir el mundo” (179) y estos, a su vez se resumen en paradigmas. Según Barker un paradigma es "un conjunto de reglas y disposiciones implícitas o explícitas que permite 1) establecer y definir los límites de una situación, y 2) indicar cómo comportarse para tener éxito dentro de esos límites" (179).

Las características de los paradigmas es que estos son dinámicos, y se sustituyen porque dejan de ser útiles, puesto que pierden la capacidad para resolver problemas. Normalmente, los paradigmas se cambian por influencia de personas foráneas, disidentes o neófitas. “El efecto paradigma” influye sobre la percepción del mundo y cambia la realidad de forma radical. El uso de los paradigmas ha sido una práctica exitosa en el actual desarrollo organizacional, que permite entender la realidad y el entorno con unos límites, pero ha tenido buen resultado en términos de que en lo específico de ellos se hallan elementos importantes para el cambio organizacional; pero por otro lado, estos son riesgosos porque se puede obviar información importante y útil para cumplir los objetivos y metas propuestas (179).

Las personas y las empresas tienen modelos mentales que se han construido a través del tiempo, pero que cuando se perpetúan, se pueden volver obsoletos y pueden generar resistencia al cambio, obstruyendo nuevas posibilidades de hacer las cosas. La teoría indica que en tiempos de crisis organizacional, es pertinente considerarla como una oportunidad, y bajo el esquema de competencias, habilidades, destrezas y liderazgo, buscar la forma para “moldear intencionalmente y adaptar con fluidez los paradigmas” que quizás son vigentes y aplican a para la construcción de nuevas realidades coherente con las tendencias organizacionales que plantea el mundo circundante (179).

### 3.3.3. La motivación humana

La motivación humana se define como un “estado interno que activa, dirige y mantiene la conducta” (180); este concepto apoyó el desarrollo de la teoría motivacional, la cual tiene como base la psicología organizacional y la escuela humanística de la administración que

nace en el año 1920, liderada por Elton Mayo, bajo un experimento que tiene el nombre del barrio en Chicago donde residía la fábrica en la cual se realizó el estudio, conocido como la Experiencia de Hawthorn. Las teorías motivacionales nacen dentro del enfoque de la escuela humana de la organización, la cual se ha apoyado en diferentes conocimientos de las ciencias sociales, entre ellas, la psicología (181).

La motivación y su recorrido en la historia del pensamiento organizacional es relevante, debido a que desde su origen, con el surgimiento de la escuela humanista de la administración a finales de 1920, con el mencionado estudio de Mayo (182), se ha convertido en un antecedente para el desarrollo del pensamiento organizacional que ha permitido considerar como elementos fundamentales otras formas reflexivas y prescriptivas sobre la actitud y el comportamiento del ser humano y su importancia y relación con el desarrollo organizacional y social. Como es el caso de las escuelas normativas o prescriptivas, quienes en el marco del pensamiento organizacional estratégico según Mintzberg, se encargaron de pensar en la forma como se deberían diseñar las estrategias, alejándose un poco de lo que sería su propia formulación (141).

La motivación puede ser vista desde el enfoque de las organizaciones y su perspectiva humanística, pero también se puede observar desde el ser humano, lo que indica que una persona puede ser motivada por algo, lo que intensifica sus intereses, deseos, expectativas y necesidades. Este enfoque permite abordar la teoría planteada por Manfred Max-Neef et al. (183), quienes disponen como pilares fundamentales del “Desarrollo a Escala Humana”, las necesidades humanas, autodependencia y articulaciones orgánicas. Este enfoque tiene como fin pasar de la relación persona-objeto a persona-sujeto, lo que permitiría articular procesos

humanos con desarrollos tecnológicos que busquen satisfacer las necesidades de las personas de forma democrática.

Ese desarrollo social se caracteriza por la complejidad de las necesidades, lo que a su vez refleja la necesidad de favorecer entornos interdisciplinarios y transdisciplinarios, coherentes y significativos, que acompañen la generación de nuevas soluciones que posiblemente obliguen a cambios paradigmáticos. Los autores refieren que "las necesidades son finitas, pocas y clasificables, que no cambian por la cultura o momento histórico; lo que sí varía son las formas y recursos para satisfacerlas, es decir, los satisfactores" (183). Un llamado respecto al propósito y generación de nuevas soluciones es que sean sinérgicas, lo que indica la capacidad que tiene un satisfactor para atender y resolver varias necesidades al mismo tiempo (183).

### 3.3.4. Las actitudes

Según Allport la actitud se define "un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones." como citaron Ubillos et al. (184), siendo este un comportamiento previo al actuar (185).

Para hablar de actitud se hace necesario comprender que se hace referencia a un objeto y que este puede ser tangible o intangible; un ejemplo de ello es algo material, una idea, una premisa, un concepto, un grupo humano, etc., sobre el cual se dirige la actitud, y a este se le denomina objetivo actitudinal, que para este estudio sería la creación de valor y su participación activa en el diseño de las estrategias (185). Castillero plantea que la actitud

recibe ese nombre debido a que hace alusión al resultado de estar expuesto a un conjunto de creencias y valores, que se comportan de manera relativamente estable a través del tiempo, y que esto influye en la disposición o tendencia a actuar de una manera determinad (186).

Fishbein expresa que la actitud de una persona sobre algo o alguien, refiere una dimensión bipolar evaluativa o afectiva (187). De igual forma, la actitud es un constructo psicológico o representación favorable o desfavorable sobre ese objeto actitudinal. Las actitudes se obtienen de forma instantánea y automática hacia ese objeto en cuanto exista un aprendizaje que asocie a este objeto con otros objetos anteriores, con los cuales se ha tenido actitudes previas. Estos comportamientos actitudinales son evaluaciones que se tienen con relación al atributo que se dio a ese objeto previo y se convierten en creencias que se asocian a nuevos atributos, cuando hay un nuevo objeto actitudinal (188).

En este orden de ideas, tener una creencia sobre un objeto lleva de forma paralela y simultánea a la creación de una actitud, la cual puede ser más o menos perdurable que otras en el tiempo. Hay creencias o actitudes que son más perdurables y son aquellas que están asociadas a las Instituciones como la Iglesia, el Estado y la salud (189).

La medición de las actitudes parte de la medición de sus manifestaciones, que resultan ser reacciones valorativas que se dan a través de opiniones que se refieren a creencias, sentimientos o conductas (comportamiento razonado y/o consciente). La actitud en sí no es una entidad observable, son construcciones del orden teórico que permiten inferir sobre ciertos comportamientos externos, generalmente verbales (190).

### 3.3.5. La comunicación y la salud

Según la OMS, la comunicación para la salud es una estrategia que comprende desde su estudio, hasta la implementación de acciones y uso de mecanismos que sirvan para difundir, informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren el estado de salud. Esta estrategia favorece la promoción de la salud, y en algunos casos da lugar a estilos de vida saludables; a su vez, es una forma de empoderamiento para la salud individual y colectiva que impacta de manera positiva en los esfuerzos para mejorar la salud pública y persona (2). La comunicación en salud se concibe como un proceso estratégico para optimizar y racionalizar la oferta de servicios de salud, hacer más eficientes los procesos de atención en salud y más efectivos los resultados en salud (191).

La comunicación ha hecho aportes a los procesos de cambio individual y colectivo. La comunicación en salud, sin ser un garante de los cambios que han favorecido la salud de las personas y sus comunidades, ha promovido la adopción de conductas saludables para prevenir enfermedades y mejorar su calidad de vida. La comunicación en salud puede informar para hacer buen uso de los servicios de salud, puede facilitar y dinamizar cambios de conductas de salud, pero su efectividad y perdurabilidad deben ir de la mano de otras estrategias que refuercen el propósito de lo comunicado. Las experiencias en la comunicación en salud se basan en dos modelos y/o perspectivas: el informacional y el relacional (192).

El modelo informacional, el cual es calificado como obsoleto, supedita al receptor a recibir una serie de mensajes por diferentes medios, sin que este pueda interactuar. Mientras que, el relacional parte de un proceso comprensivo, donde la comunicación tiene un sentido y está en coherencia con la realidad. La comunicación se hace significativa por su capacidad de

incorporarse transversalmente en los proyectos de cambio social y cumple la función de ser integrador, dando relevancia al receptor, pues lo ubica como eje central, e incorpora aspectos relacionados con las mediaciones sociales y la cultura como marco de interpretación de la realidad (192).

En el contexto de la práctica clínica, la piedra angular es considerada la relación profesional de la salud (médico) – paciente; un espacio pensado para abordar a un ser humano digno y único como persona en sus dimensiones física, mental y espiritual, donde es pertinente contar y disponer con la plenitud de las competencias, capacidad y maestría, así como el arte de poder interactuar y establecer el diálogo con su paciente. No puede seguir siendo utilizado este espacio para hacer más asimétrica la comunicación, más vertical la relación, donde el poder se da por una conversación densa y poco clara por el inadecuado uso de los tecnicismos, donde se ve la cara de la medicina defensiva y un sometimiento y desconocimiento del otro que no sólo deja huellas físicas, sino también mentales, psicológicas, cognitivas, emocionales, y muchas más (41,73,193).

Este espacio debe servir para implementar acciones que transmitan y favorezcan la confianza y la seguridad, además de la paciencia, tolerancia y cortesía, así como garantizar y respetar la privacidad, confidencialidad e intimidad del paciente. Esta relación tiene el poder de movilizar fuerzas humanas como la fe, la esperanza y la fortaleza moral, que son el camino para la aceptación de la condición de estar enfermo y enfrentar su tratamiento. Es vital en este espacio informar al paciente su condición de salud, diagnóstico, pronóstico y tratamiento indicado. Hacerlo partícipe de dicho proceso, dejando claro que esta toma de decisiones compartidas no indica que se está transfiriendo esta responsabilidad al paciente o a quien lo

represente; es una decisión compartida para hacer elecciones que van a mejorar su salud y definir su calidad de vida o cualquier otra que se tome en virtud de su bienestar y tranquilidad (41,73,193).

### 3.3.6. La experiencia del paciente en la atención en salud

Este concepto en este modelo parte del significado de valor propuesto por Porter, donde los resultados en salud se relacionan de manera directa con la percepción de los pacientes durante el proceso de atención en salud y donde ellos deben ser co-creadores de esta. Esto resulta ser una forma de competir, de fidelizar, de aumentar las tasas de uso y recomendación; y a su vez, disminuye la tasa de abandonos y mejora los aspectos financieros (194).

La experiencia del paciente se define como "la suma de todas las interacciones, moldeadas por la cultura de una organización, que influyen en las percepciones del paciente a lo largo del continuo de atención" (195). Esta nueva concepción permite reconocer la voz del paciente, como una persona informada y partícipe en el diseño del proceso de atención en salud y de los resultados que se esperan de él. Por su parte, el paciente, su familia, cuidadores y/o seres queridos que actúen como representantes de la persona que tiene alguna limitación, deben ser empoderados y con una responsabilidad que se brinda porque están informados y educados en lo que respecta a la condición médica y la atención en salud de esta. Es importante no olvidar que la evidencia científica no es el único insumo para la toma de decisiones en la atención de una persona, por lo tanto, es fundamental tener en cuenta factores individuales de cada caso para brindar una buena atención (73,164,196).

### 3.3.7. La satisfacción en salud

La satisfacción es un concepto estudiado desde la década los 50, y su origen partió desde la perspectiva del comportamiento del consumidor; pese a que ha sido estudiado por mucho tiempo, su construcción es aún vigente (197), así como su relación con el marketing desde la influencia que genera como proceso que se asocia a unas causas y deriva en unas consecuencias. La satisfacción, la confianza y la lealtad son aspectos que fortalecen las relaciones con el usuario (198).

La satisfacción se define como un constructo que toma la forma de respuesta afectiva de un usuario respecto al uso de un servicio o consumo de un producto, su intensidad es variable, su duración es limitada, ocurre en un momento específico del tiempo, y tiene por referencia la experiencia acumulada (1). La satisfacción se convierte en un juicio que el usuario realiza al comparar su experiencia y las expectativas que tenía antes de hacer uso del producto o servicio (55,199), siendo esta el resultado además del consumo y desempeño del usuario como un actor que ayuda de manera activa a crear esta experiencia (4).

Comprender el constructo de la satisfacción desde el usuario de un servicio exige una visión sistémica que conduzca a la profundización para hallar los elementos que en ella interactúan para dar respuesta a las necesidades de ese usuario, quien debe ser percibido como un actor societario en el proceso de enseñanza-aprendizaje (200). La satisfacción, vista desde la atención sanitaria, se refiere al resultado en el estado en salud versus el cumplimiento de las expectativas del usuario. La satisfacción en salud es una experiencia subjetiva (16), derivada y ligada al cumplimiento o incumplimiento de las expectativas del usuario (201).

Hay autores que sugieren que un estudio sobre la satisfacción del paciente se debe enmarcar desde dos dimensiones (202):

- **La satisfacción general:** se refiere al grado de satisfacción del usuario con la atención y cuidados de salud recibidos desde la prestación de los servicios de salud en general.
- **La satisfacción específica:** esta hace mención al grado de satisfacción que resulta de experiencias anteriores de utilización de un servicio de salud recibido, pero de forma particular.

La satisfacción en la prestación de los servicios de salud ha sido objeto de estudios en marketing; esto ha incrementado la relevancia de la satisfacción del paciente como un resultado de la atención, y a su vez, ha sido usado como medida para el mejoramiento de los servicios. Los resultados de estas investigaciones han sido el soporte para legitimar reformas en los sistemas de salud (199).

La satisfacción es importante en salud por tres razones; la primera, es porque se convierte en una medida que evalúa el resultado de la atención; en segundo lugar, evalúa la comunicación entre el paciente y el equipo de salud y demás participantes en el proceso de atención; y, por último, la opinión del paciente permite mejorar de forma sistemática la prestación de los servicios en salud. La literatura refiere que llamar a quien hace uso de los servicios en salud como paciente, usuario, cliente, ciudadano y consumidor tienen un significado diferente, pero en este contexto del sistema de salud y la atención centrada en las necesidades y expectativas, estos actores se pueden llamar usuarios. Estos usuarios ya son actores autónomos y con conocimiento, lo cual indica que es obligatorio considerar su participación

en el proceso de atención en salud. De allí que la satisfacción ha cobrado tal valor y reconocimiento en salud, que ha llevado a modificar la definición de calidad y establece como un imperativo su participación en la mejora de calidad de los servicios (199).

La satisfacción es un concepto complejo afectado por múltiples factores, como la ubicación demográfica, la experiencia y las expectativas del paciente, sus deseos y valores, etc.; esto genera que se tengan dos perspectivas de análisis, una es la naturaleza de la subjetividad, y la otra es el contexto en el que se encuentra el usuario. No obstante, se ha probado que la satisfacción en la atención en salud está influenciada por la actuación del profesional en salud respecto al desempeño que el usuario tenía en sus expectativas. De allí que la satisfacción es un concepto que se basa en la diferencia que hay entre la expectativa del paciente y la percepción del servicio recibido. Esta percepción se valora según los estudios por tres aspectos; uno es el instrumental, que se relaciona con las competencias para resolver el problema, el otro es el aspecto expresivo, relacionado con la parte afectiva y de relación; y por último, la comunicación, que debe ser un proceso bidireccional (199).

### 3.3.8. El factor humano en el cambio y la transformación cultural en salud

El factor humano es clave en la implementación de los cambios, como lo es la implementación de un modelo emergente como la ASBV. Los cambios que son necesarios para llegar a un proceso de maduración y validación son: resultados, incentivos y cultura. Se deben disminuir aquellas brechas entre lo que se sabe y lo que se logra, avanzando sin desfallecer y gestionando el cambio en cada momento de forma efectiva y con la actitud adecuada (203).

El cambio es un proceso de traslación de un estado o situación actual, a uno deseado; y esto lleva consigo estados de transición que se convierten en los requisitos para un cambio significativo. Estos requisitos, que están presentes dentro de la gestión del cambio, se dan a través del tiempo y están sujetos a las percepciones entre fracaso, dolor, solución y alcance. Este proceso lo validan los esquemas mentales y la adaptabilidad a nuevos comportamientos como estados de transición, y donde el proceso es preservar, descubrir y apropiarse. Durante este proceso, siempre estará la resistencia al cambio, un aspecto que se debe gestionar por las bondades o dificultades que pueda traer. De esta forma, los líderes y las personas son el motor del cambio y la mejora en la atención en salud. En la actualidad, se dispone de recursos como la psicología del cambio, a la cual se le atribuye la función de beneficiar los esfuerzos que mejoren la calidad, y de esta manera lograr resultados revolucionarios, perdurables y a gran escala (204).

Este conocimiento ha aportado a las personas resultados sobre el mejoramiento de la atención en salud, a través de su marco teórico y las competencias técnicas y prácticas capaces de entender la variación y establecer las mejores intervenciones basadas en la evidencia (“qué”), y las estrategias de implementación (“cómo”), para lograr los resultados deseados. La adaptabilidad es un factor de poder que se debe mejorar, y de esta manera lograr el máximo potencial de las personas (“quién”), para el cambio y sus motivaciones (“por qué”) que hacen que lo alcanzado se promueva y se mantenga. Este conocimiento para promover y mantener los resultados esperados presenta cinco dominios prácticos que interrelacionados sirven a dicho fin; estos son: I) Potenciar la motivación intrínseca. II) Codiseñar el cambio impulsado por las personas. III) Coproducir en una relación auténtica. IV) Distribuir el poder. VI) Adaptar en acción (204).

La literatura refiere que todos los cambios sociales los lidera un 16% de la sociedad, el 2,5% son pioneros o innovadores, el 13,5% primeros seguidores, el 34% en su gran mayoría son precoces, el 34% son tardíos y el 16% son rezagados. La transformación requiere cambios individuales e interpersonales en los pensamientos, los sentimientos y las acciones, junto con cambios en el sistema, en cuanto a las estructuras, los procesos y las condiciones. Los principios fundamentales de los cambios son: I) Promover y mantener la mejora junto con las personas que se ven afectadas por ella de forma directa e indirecta: quienes trabajan en nuestros sistemas de salud, los pacientes y sus familias, los miembros de la comunidad, los legisladores y otros. II) Hacer hincapié en el valor inherente de cada persona, sin importar su identidad ni posición en una organización. III) Reconocer la importancia de identificar maneras para que todas las personas afectadas por la mejora puedan contribuir de forma significativa a la solución (205).

El cambio individual, para este caso se basa en el modelo ADKAR: AWARENESS – Consciencia de la necesidad de cambio. DESIRE – Deseo de apoyar el cambio. KNOWLEDGE – Conocimiento de cómo cambiar. ABILITY – Habilidad para demostrar nuevas competencias y comportamientos. REINFORCEMENT – Refuerzo para sostener el cambio (206). El clima de cambio se crea primero estableciendo la sensación de urgencia, segundo se establece una coalición guía, tercero se desarrolla una visión y una estrategia. Dentro de la fase de comprender y capacitar a la organización se adelanta el cuarto paso que es comunicar la visión de cambio, quinto empoderar al talento humano para una acción amplia y sexto generar resultados en el corto plazo. En la fase de implementación y

mantenimiento del cambio, el séptimo paso es consolidar logros y producir más cambios, y finalmente en el octavo paso se deben anclar los nuevos enfoques de la cultura (206).

Existen 6 pasos que desde la literatura se recomiendan para crear una cultura de personas y familias en función del compromiso con la atención en salud y su mejoramiento; estos son: I) Involucrar a los líderes para que se cree una red de apoyo y confianza que facilite un ambiente de aprendizaje continuo y favorezca la participación de las personas y sus familias. II) Recoger de las personas y sus familias el inventario de información y lo comprendido de sus experiencias. III) Empoderar el talento humano en salud, para que incentive la participación y para que haga de la relación médico – paciente un mejor momento. IV) Fomentar la participación familiar en el cuidado. V) Equipar, habilitar y apoyar el proceso de toma de decisiones compartidas. VI) Incentivar la participación y buscar aliados en las comunidades para que mejoren la interacción con los pacientes y sus familias (207).

### 3.3.9. La ruta para la implementación

Este componente se desarrollará a partir de la publicación que realizó EIT Health; se trata de una comunidad de innovación en salud en Europa, y está impulsada y respaldada por el European Institute of Innovation & Technology (EIT) y la Unión Europea. Es una red de más de 140 entidades en las que se encuentran universidades, centros de investigación, empresas y proveedores de salud, con el objetivo de mejorar la calidad de vida a través de la innovación en salud. Su publicación “Implementing Value-Based Health Care in Europe Handbook for pioneers” (208), se realizó en el 2020 con el propósito es establecer a través de una guía de implementación y el resultado de varios estudios de caso, un lenguaje común para quienes buscan implementar la ASBV. Esta guía se ampliará con otras fuentes, entre las que se

encuentra ”Value-Based Health Care - *De la teoría a la acción”*(157) , publicada en el 2019 por Antares Consulting en España.

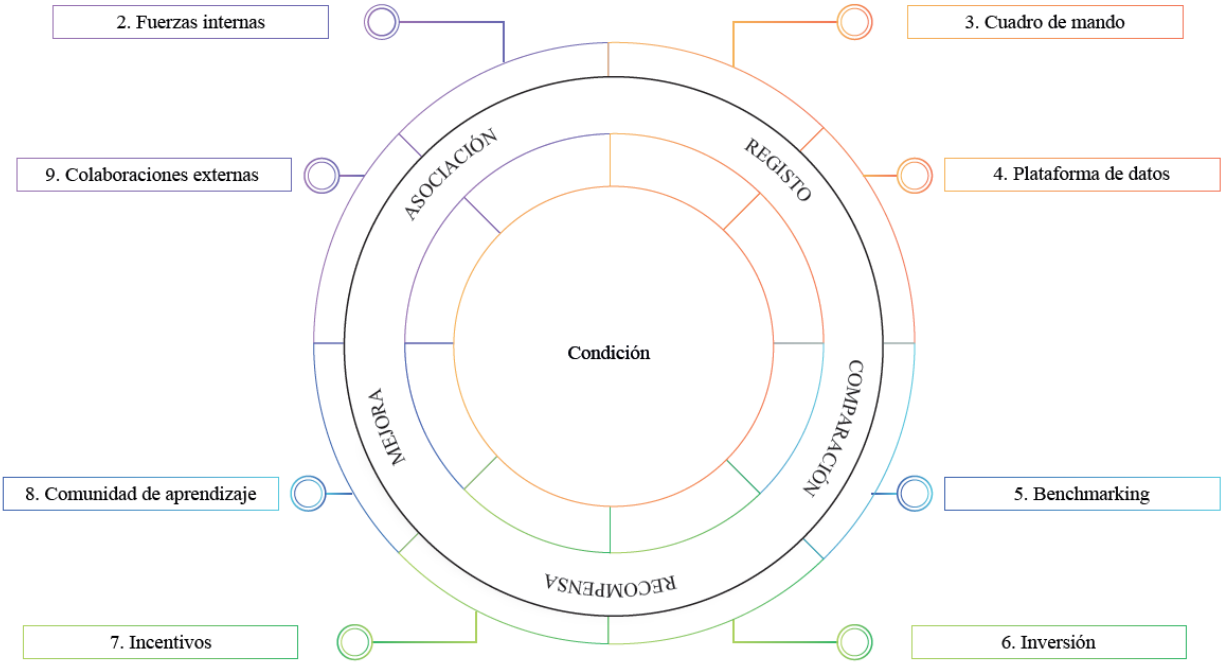


Figura 8. Ruta metodológica para la implementación del modelo ASBV (208).

3.3.9.1. Paso 1: Elección de la condición médica

Porter la define como condición el conjunto interrelacionado de circunstancias médicas del paciente que debe ser abordado de forma integral; en este, se involucran diversas especialidades y servicios. De igual forma, incluye condiciones y complicaciones que son comunes y concurrentes a la condición médica. Puede derivar en acciones de intervención en los niveles de atención primaria y secundaria, así como requerir atención en diferentes grados de complejidad baja, mediana y alta (209).

Los resultados en salud deben medirse en función de una condición médica concreta y durante todo el proceso de atención (157). La condición elegida debe aportar un resultado positivo que impacte desde la prevención a la salud pública. Se deben considerar aspectos como la esperanza de vida en función del impacto poblacional, los costos de la atención y posible ahorro que genera el hecho de mantener un buen estado de salud en las personas que han sido afectadas por ella. Asimismo, debe ser única y sencilla, para evitar confusiones con otros diagnósticos y/o comorbilidades. Es relevante contar con profesionales clínicos que estén dispuestos a liderar el cambio y que sean capaces de publicar de manera transparente los resultados en salud que se obtengan y estos poderse comparar (208).

3.3.9.2. Paso 2: Fuerzas internas

Movilizar el talento humano y todo aquello que se constituya en fuerzas internas es vital para superar la resistencia al cambio. Los valores que deben impulsar la transformación son: la participación del paciente y su familia, el empoderamiento y la responsabilidad del equipo, la transparencia en los resultados en salud finales y la mejora continua. Este cambio cultural debe llevar a los profesionales clínicos en salud a una reconexión con su aspiración humanística, anclados en la premisa de ofrecer resultados relevantes para los pacientes. La evidencia sobre la implementación reporta que estos cambios de valores empiezan por la alta dirección de la organización. Posterior a esto, la alta dirección debe generar puentes entre las funciones y asignar los recursos necesarios para lograr la factibilidad del proyecto y un impacto a largo plazo. Finalmente, es imprescindible designar y fundar un equipo de gestión de ASBV interdisciplinario para determinar una hoja de ruta, definir plazos e hitos clave, y generar impulso a nivel general, desde lo operativo hasta lo estratégico (208).

3.3.9.3. Paso 3: Cuadro de mando

El cuadro de mando (CM) es un sistema de monitoreo y control compuesto por dos partes: indicadores y mapa de procesos. Este debe ser debe ser simple, fácil de interpretar y replicable para realizar la referenciación comparativa entre equipos clínicos. Cada uno de los indicadores debe disponer de su ficha técnica, y su propósito es medir las variaciones respecto a lo esperado durante el ciclo de atención completo. Las métricas se dividen en tres grupos:

- Procesos: su función es hacer seguimiento a la entrega de la atención en salud. Algunos ejemplos de este son: duración desde la primera visita a la clínica hasta el diagnóstico (informe AP), duración desde el diagnóstico (informe AP) hasta la discusión del plan de tratamiento.
- Resultados: miden el impacto en el estado de salud del paciente y deben ser ajustados al riesgo según las variables de casuística, como edad, sexo, enfermedades previas, comorbilidades, nivel educativo, situación laboral, etc. Este ajuste limita la selección adversa, evitando que se omitan datos de pacientes complejos y que esto sesgue los resultados. Algunos ejemplos de este son: tasa de supervivencia a cinco años no ajustada (%), reintervenciones después de un margen positivo (%), PROMs: calidad de vida, funcionamiento, dolor.
- Costos: miden la inversión monetaria en la que se incurre para alcanzar dichos resultados. Algunos ejemplos de esto son: tiempo de quirófano por paciente (minutos), actividades diagnósticas adicionales por paciente, días de enfermería por paciente (número de días).

**Mapa de procesos (MP)**

El MP define la ruta base de atención esencial a seguir, sirve para comprender los procesos y medir los costos por cada paciente. Esta facilita la evaluación de los cambios en los procesos y mide su mejoramiento. El MP permite observar la interdependencia de las actividades durante el ciclo de atención completo y el recurso que este necesita.

Una opción metodológica para su implementación es la siguiente gráfica y sus convenciones: el número en la parte superior de cada recuadro representa el orden en el que se realiza cada actividad. Los colores representan el talento humano y/o recurso que completa la actividad. Los números del círculo negro en la esquina inferior derecha de cada actividad indican el número estimado de minutos que se requiere para completarla. Los porcentajes indican la probabilidad de que los pacientes completen cada paso del proceso.

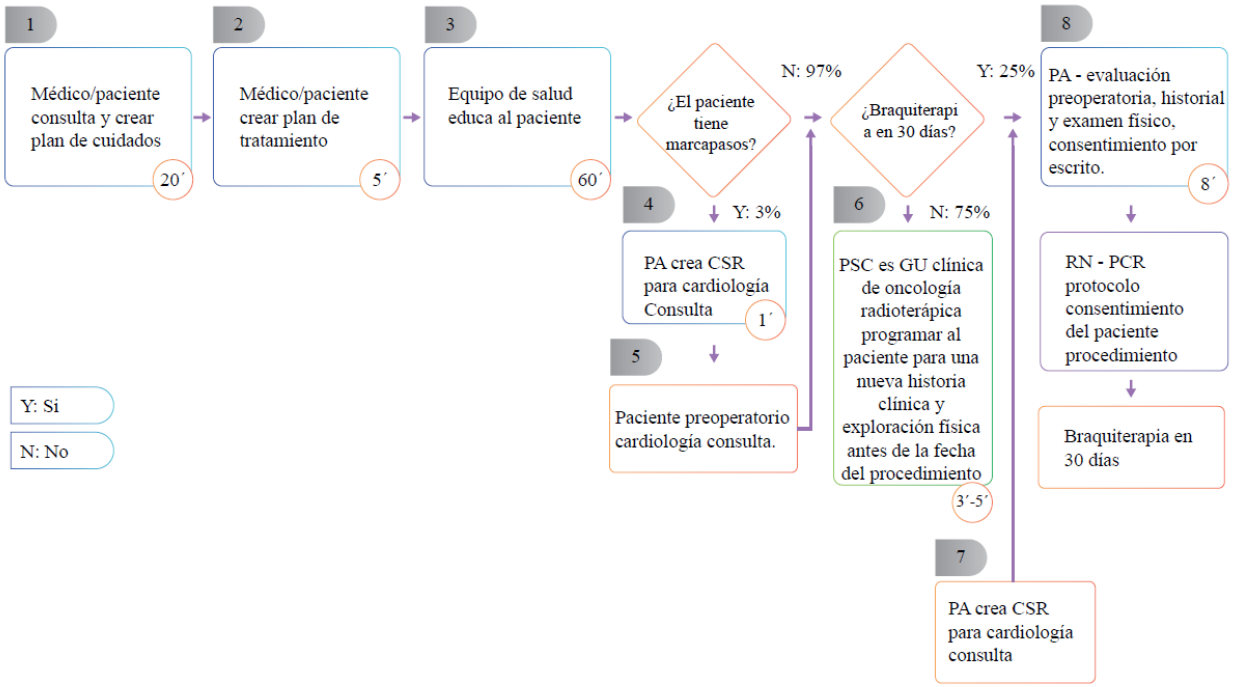


Figura 9. Mapeo del proceso de la consulta y el tratamiento de braquiterapia de próstata (208).

**Medición de los costos**

Medir de forma transparente los costos por cada paciente y durante todo el ciclo de atención, facilita la gestión de los recursos en todos los niveles de la organización La metodología sugerida es Costeo Basado en Actividades Impulsado por el Tiempo (TDABC), en entorno de atención médica; de esto se encarga un equipo de proyecto, quienes mapean el proceso y asignan el costo consumido de recursos por cada actividad de la condición médica seleccionada y en función del tiempo destinado (estimación en minutos). De esta información se espera calcular la tasa de costo de capacidad. A la medición de los costos también se deben asociar los costos relacionados con la no calidad, complicaciones, comorbilidades y

los costos sociales. Pese a que este enfoque es diferente y retador, se debe avanzar, dejando de medir costos por unidad funcional y/o departamento y pasando a los pacientes.

En la actualidad, los costos son débiles porque están en función del pago por evento, pues se basan en cargos de facturación, no en costos. La información de los costos tiende a ser poco socializada por el temor de dar a conocer márgenes de rentabilidad y beneficio adquirido, y que finalmente haya una alta variabilidad en los precios y tarifas de pago y facturación. Un reto muy relevante para las organizaciones en salud es llegar a medir el costo-efectividad de las tecnologías en salud. Los costos siguen siendo, en gran medida, una caja negra para el pagador y un punto ciego para quien administra el hospital.

**Medición de los resultados**

En la actualidad los resultados en salud se orientan por los resultados informados por el médico y/o equipo clínico que se abrevian como CROMs en ingles Clinician Reported Outcome Measures, los datos informados en esta clasificación refieren sobre el estado de salud del paciente, la fuente de esta información son resultados de ayudas diagnósticas y observaciones sobre la evolución clínica del paciente, las cuales deben estar soportadas en la evidencia científica y las guías de atención; estos son diferentes a los PROMs, que son los resultados reportados por el paciente, y consideran aspectos como el dolor, tiempos de recuperación y reincorporación a la vida cotidiana, y todos aquellos que sean relevantes para el paciente visto como persona. Por otra parte, los PREMs son una medida de experiencia y satisfacción, evalúan el proceso en términos de asistencia y confort durante el ciclo de atención.

Los PROMs y los CROMs son un equipo sinérgico que evalúa el éxito de la atención en salud. Los CROMs se miden antes, durante y después de la atención de forma genérica, ajustado al riesgo e indicaciones de guía de práctica clínica; mientras que los PROMs, se centran en los puntos finales de la atención y deben medir hitos relevantes en diferentes momentos de la misma. Estos son diferentes a las mediciones de procesos, las cuales están más enfocadas en la calidad. Los PROMs se pueden estandarizar y priorizar. Los desenlaces en salud deben ser medidos, considerando la mortalidad, la discapacidad y las opciones de tratamiento y rehabilitación que el paciente debe conocer ampliamente para tomar la mejor decisión.

Implementar los PROMs es un desafío, requiere de paneles de control que se actualizan en línea y tiempo real, con diferentes diseños y nivel de detalle y que deben servir tanto a pacientes, como al equipo clínico. Se debe ser creativo e innovador, para que los pacientes accedan a diligenciar los cuestionarios e instrumentos definidos para medir los PROMs. Estos instrumentos deben ser amigables, simples y de fácil comprensión, disponer de diversas metodologías y técnicas para su diligenciamiento, de tal manera que las tasas de respuesta aumenten. Los PROMs tienen valor clínico, pues deben orientar directamente la vía de atención; su recopilación debe hacerse antes de la consulta, y deben ser analizados por el clínico y el paciente al elegir o adaptar la vía de atención, para así dar cumplimiento a lo definido como la toma de decisiones clínicas compartidas.

Los PROMs son datos procesables, deben ser instrumentos calibrados que se someten a rigurosas validaciones psicométricas y estadísticas, y no pueden modificarse ni combinarse sin afectar su coherencia interna. Las traducciones y la adaptación cultural de los

instrumentos PROMs deben seguir las directrices adoptadas por cada país para su aplicación. Elegir un instrumento PROMs significa elegir equipos médicos con los que compararse y de los que aprender.

3.3.9.4. Paso 4. Plataforma de datos

Las plataformas ASBV son interfaces que sirven para compartir datos entre las partes interesadas de forma fácil y segura para mejorar los resultados de salud. Estas evitan la fragmentación, y permiten una visión holística de la salud de la persona y la atención que ha recibido. Las plataformas reportan resultados en salud (PROMs – CROMs) y los alojan en bases de datos con función de búsqueda, a la cual puede acceder el personal clínico y los pacientes para analizar las mejores opciones de atención posibles. Esta plataforma debe articular la historia clínica con un diccionario de datos, que los procese y codifique por cada variable y fuente de datos, hasta llegar a un Historial Médico Electrónico (HME).

3.3.9.5. Paso 5. Benchmarking

El modelo ASBV exige ser transparentes y comparables en el desempeño y logro de resultados en salud, de allí que la referenciación competitiva favorece conocer y aprender de las prácticas de éxito que han permitido un alto rendimiento y que se pueden apropiar en quienes estén en el mismo camino. El benchmarking se ejecuta interna y externamente, y se realiza a través de un cuadro de mando común para evitar sesgos y asegurar resultados estadísticamente comparables, y que sean comprensibles para todas las partes interesadas. Esta práctica motiva a mejorar los resultados, y dota a las organizaciones de elementos válidos y evidentes para negociar con los pagadores.

Es importante considerar los ajustes por casuística para interpretar variaciones de los resultados. En la actualidad hay una tendencia en el incremento del uso de esta práctica que favorece a las instituciones y a los pacientes, ya que los informa para elegir quien sería su proveedor de atención en salud. Los datos deben ser abiertos y con pseudo anonimización, ya que, de no ser así, se podría inducir a la opacidad para elegir la mejor opción de atención. Esta práctica debe estar acompañada de actividades de veeduría y gobernanza.

3.3.9.6. Paso 6. Inversión

Según datos de las instituciones que han implementado el modelo ASBV, la principal inversión se ha concentrado en la gestión del cambio, el talento humano y la plataforma de datos, la infraestructura TI integrada, recursos tecnológicos, y el equipo del proyecto, que son quienes lideran y acompañan la planeación, implementación y evaluación del proyecto. También se debe invertir en capacitación y entrenamiento, y contratación de talento humano en el rol de gestores de resultados en salud para que capturen y procesen los datos relacionados con esta medición. Desde una perspectiva de valor, las inversiones deben analizarse en función de la rentabilidad esperada.

Comparando los tipos de inversiones en salud, se puede concluir que las inversiones financieras no retornan en el corto plazo, pero son relevantes para el éxito a mediano o largo plazo. Las decisiones de inversión en la organización son un espacio de tensión entre el interés de los profesionales clínicos por la misión (mejorar los resultados de los pacientes) y la búsqueda de margen por parte de la alta dirección (controlar los costes). Las inversiones estratégicas en ASBV tienen como fin alcanzar un equilibrio adecuado entre la misión y el margen de rentabilidad.

3.3.9.7. Paso 7. Incentivos

La ASBV propone una combinación de incentivos económicos y no económicos (psicológicos) ante el logro individual e institucional que se miden transparentemente e inciden en la reputación y reconocimiento del profesional y la organización, para que de esta forma se den más y mejores comportamientos orientados a la generación de valor.

Este paso incluye todos los sistemas, programas y planes de incentivos intra y extrainstitucionales, así como los sistemas de pago agrupado por la atención. Así, en la misma línea, la retribución y el valor se convierten en una forma de premiar a los profesionales y las organizaciones sanitarias por la eficiencia y la obtención de buenos resultados, paralelo a la orientación de la cultura por la responsabilidad en la atención de calidad; no obstante, esta herramienta puede traer consigo riesgos y efectos adversos entre los que se encuentran la manipulación de la información. En este sentido, la literatura expresa que, por experiencia, los pagos agrupados pueden llevar al riesgo de que los hospitales sólo acojan a los pacientes menos complejos y más saludables.

3.3.9.8. Paso 8. Comunidad de aprendizaje

Este paso tiene un enfoque hacia la comparación abierta, que supera la pregunta ¿quién es mejor?, y la reemplaza por ¿cómo podemos mejorar?, la transparencia en los resultados estimula el aprendizaje y favorece el mejoramiento individual y de la organización. En este punto se menciona una estrategia que ha permitido tener mejores resultados y es la del “ciclo de mejora”, la que se refiere al método Planificar-Hacer-Estudiar-Actuar (PHEA). Este enfoque dinámico consta de cuatro pasos: I) Planificar: consiste en establecer objetivos e indicadores para un experimento y predecir los resultados. II) Hacer: consiste en llevar a cabo

el plan mientras se documentan los problemas y las observaciones inesperadas. III) Estudiar: consiste en analizar los resultados y comparar los datos, de igual manera predice de forma original y genera conclusiones. IV) Actuar: consiste en tomar decisiones para implementar cambios, mejorar el proceso y preparar el siguiente ciclo. Cada nuevo ciclo lleva a los equipos a alcanzar mejores resultados.

Este enfoque se nutre de diversas acciones que favorezcan los espacios de capacitación y aprendizaje, donde se difunda el conocimiento y se movilice por tener un cuadro de mando unificado que impulse de manera objetiva lo que se debe abordar. Otras experiencias refieren los mapas de empatía, para que se coordine y organice el proceso de atención en salud de cara al paciente. Los programas exitosos de medición de resultados llevan tiempo y, para mantener el compromiso y el impulso, las comunidades de aprendizaje de ASBV deben compartir los primeros éxitos y celebrar los progresos a lo largo del camino. La comparación transparente no impone normas rígidas ni paternalistas, sino que difunde señales sutiles entre pares que pueden ser aún más convincentes. Esta competencia de suma positiva armoniza el comportamiento, refina el enfoque y reduce la variación (208).

3.3.9.9. Paso 9. Colaboraciones externas

En el modelo de la ASBV, se dan relaciones entre el proveedor y los pagadores (pagos agrupados), y entre el proveedor y el comprador (compras basadas en el valor); asimismo, se dan alianzas público-privadas para la investigación, consultoría, y otras formas de colaboración que llevan a crear estrategias de compras basadas en resultados y ecosistemas basados en el valor, que incentivan una mejor atención en salud. Estas relaciones también forman parte de un ambiente de apoyo y ganancia mutua y construcción colectiva, partiendo

de un enfoque de negociación basado en el valor. Estas transacciones están respaldadas por amplios y fuertes sistemas de información y una gran plataforma de TI que favorece la transparencia de la relación, y fomenta y fortalece el crecimiento de redes con socios de valor, no proveedores aislados.

En este escenario ya están disponibles guías de referencia para la implementación de Compras Basadas en el Valor (CBV), las cuales tienen similitud con el modelo de ASBV. Un ejemplo de esto es el modelo propuesto por Medtronic, donde se dan siete pasos, así: I) Seleccione la enfermedad o condición. II) Desarrollar cohortes de pacientes en función del riesgo y los protocolos. III) Definir medidas de resultados que sean significativas para los pacientes. IV) Definir el plazo necesario para lograr resultados óptimos. V) Cuantificar los resultados y costos iniciales para cada cohorte de pacientes. VI) Determinar los objetivos prospectivos de rendimiento y costos. VII) Desarrollar el modelo de negocio.

### 3.4. La co-creación de valor

En el escenario de la libre competencia y la amplitud de la oferta de soluciones directas e indirectas existentes en el mercado de los servicios de salud; sólo sobrevive, se desarrolla y crece en él, quien caracterice sus servicios con factores claves y/o diferenciadores en el marco de la complejidad y la incertidumbre de un mercado imperfecto. En los actuales retos de la administración, se plantea que llega a la meta quien ofrece creatividad, innovación y/o mejoramiento, diferenciándose por medio de ventajas competitivas que sean percibidas por el cliente y/o usuario y que se sostengan en el tiempo (210).

Es fundamental cambiar la forma de competir; por tanto, como referente de este estudio se considera como línea conceptual “La lógica dominante del servicio” propuesta por Vargo y Luschy, ésta sostiene que no es sólo la empresa quien debe diseñar la oferta de valor, ya que, los consumidores deben participar de forma activa y no sólo a través del uso y consumo de bienes y servicios. Este modelo plantea que la premisa de la creación de valor ya no está en la cadena de valor (210), sino en la interacción con los usuarios o clientes del servicio(107) y esto determina un cambio en el rol de los usuarios porque pasan de ser consumidores a co-creadores, co-productores y cooperadores (211).

Pese a que la co-creación es un tema relativamente nuevo, y ha sido un concepto poco desarrollado y muy limitado en lo relacionado a las escalas de medición para el cliente, algunos estudios se han orientado de manera parcial al comportamiento del cliente frente a la co-creación. En consideración con este vacío científico, Yi y Gong en el año 2013 buscaron la forma de solucionarlo a través del desarrollo de un instrumento de medida multidimensional, el cual permite evaluar algunos aspectos que se relacionan con el comportamiento del cliente frente a su perspectiva de la co-creación de valor. Para ese entonces, se consideró pertinente el testeo de esta escala en diferentes países y contextos, con el objetivo de garantizar su confiabilidad y validez (210).

La co-creación, además de no tener una definición consensuada entre varios autores, cuenta con un vacío científico que limita las escalas que intentan medirlo, debido a que estas están orientadas a la percepción que las organizaciones tienen sobre la actitud, y no al comportamiento del cliente frente a la co-creación de valor como un actor protagónico y con un rol activo. De estas limitaciones nace en el 2013 la escala de Yi-Gong con el propósito de

evaluar directamente el comportamiento de co-creación de valor por parte del cliente o consumidor; esta escala, tuvo como propósito surtir la necesidad de ser testeada con su estructura en diferentes países y entornos, a fin de garantizar su validez y fiabilidad (210).

### 3.4.1. La escala de Yi y Gong y su medición de la co-creación

Los autores expresan que la co-creación es un constructo de tercer orden, y este a su vez está compuesto por dos grandes dimensiones de segundo orden, que son: el comportamiento participativo y el ciudadano. La primera nace del momento de interacción del cliente con la prestación de los servicios y es considerada como una gran herramienta para mejorar el desempeño, y acoge en su interior cuatro dimensiones que son vitales para la co-creación y el buen resultado en términos de creación y percepción de valor (210).

Por otro lado, el comportamiento ciudadano se considera un complemento a la anterior, y por ende, ayuda a mejorar el desempeño. En su interior también hay cuatro dimensiones, las cuales se caracterizan por ser portadoras de un valor superior, y no son un insumo directo para la co-creación (212). Según los autores, esta dimensión también es relevante porque ayuda a largo plazo en términos del diseño del servicio, y cómo la empresa podría apalancar su mejoramiento en aspectos reputacionales y promocionales, así como valorar cuál sería la capacidad de tolerancia que los consumidores tendrían para soportar las desviaciones que se den en la prestación de los servicios (210).

3.4.1.1. Dimensiones del comportamiento participativo

- **Búsqueda de Información:** en esta dimensión el usuario y/o cliente asume el rol de co-creador del servicio, para lo cual se le dan a conocer todas las características y condiciones de la prestación del servicio, y ellos expresan qué esperarían recibir del mismo. La incertidumbre entre la expectativa y el desempeño de la prestación se reduce en la medida que ellos se hagan partícipes activos de la prestación, o que actúen como observadores con otras personas que están recibiendo la atención (213).

- **Intercambio de Información:** el factor de éxito para la creación de valor es que estos sujetos que son protagonistas le den a conocer a la Institución Prestadora de Servicios de Salud, sus necesidades específicas, sus deseos y expectativas frente a la solución esperada (213).
- **Comportamiento Responsable:** los clientes y/o usuarios que participen en este proceso deben cooperar de manera responsable, siguiendo y adhiriéndose a los lineamientos e indicaciones que la organización les brinde, todo bajo el conocimiento de sus derechos y deberes como usuarios y su voluntad de participar (214).
- **Interacción Personal:** las relaciones personales y el entorno en el que se desarrolle este proceso de interacción entre el usuario y la organización debe estar acompañado de buen trato, amabilidad y cortesía, propiciando un espacio agradable y un buen ambiente que favorezca la confianza y facilite su participación en el proceso de co-creación (213).

3.4.1.2. Dimensiones del comportamiento ciudadano

- **Feedback:** esta dimensión considera todo lo relacionado con la retroalimentación que dan los clientes y/o usuarios a la organización acerca de cómo piensan ellos que se debe prestar el servicio, lo cual ayudará al diseño de este en el largo plazo. Es importante el aprovechamiento de esta experiencia y el conocimiento del cliente para el mejoramiento de la oferta de valor y su servicio (210).
- **Recomendación:** en esta dimensión se valora la estrategia promocional del referido o de voz a voz, donde se considera cómo estos usuarios participan en la recomendación de los servicios y la empresa a otras personas de su ámbito familiar y/o social. Esta dimensión le aporta al aspecto reputacional de la organización, y por ende, su desenlace en la captación y retención de usuarios y posibles mediciones de lealtad por parte del cliente (210).
- **Disposición a Ayudar:** en este aspecto, se considera cómo los usuarios pueden ayudar a otros usuarios y/o clientes, desde su disposición para aconsejar de manera espontánea en el uso y características del servicio, sin que los empleados de la organización intervengan y de esta forma aportar al mejoramiento continuo de la promesa de valor (210).
- **Tolerancia:** en esta dimensión se valora la paciencia que puede tener un usuario frente a la desviación en la prestación del servicio, y que de este no se reciba lo esperado o lo entregado no cumpla con sus expectativas. Esta dimensión favorece la retención de usuarios y el mejoramiento del desempeño de indicadores como la rentabilidad en la organización (210).

## 3.5. La condición médica: el ACV

### 3.5.1. El Accidente Cerebrovascular (ACV)

El ACV es una de las causas de muerte y discapacidad más frecuentes en el mundo; afecta a una de cuatro personas a lo largo de la vida. El ACV se define como "un déficit neurológico atribuido a una lesión focal aguda del sistema nervioso central (SNC) (es decir, cerebro, retina o médula espinal) por una causa vascular" (215).

Campbell et al. (215), refieren que la mayoría de los ACV son isquémicos, es decir, causados por la reducción del flujo sanguíneo, generalmente producidos por la oclusión arterial. Otro tipo de ACV isquémico, menos frecuente, es el infarto venoso debido a la oclusión de las venas cerebrales o los senos venosos. "El 10-40% restante de los ictus, dependiendo de la epidemiología regional, son hemorrágicos y se deben a la rotura de arterias cerebrales. Estas hemorragias pueden ser intracerebrales o subaracnoideas; las hemorragias subaracnoideas típicamente resultan de la ruptura de un aneurisma" (215).

El ACV isquémico puede ser agudo o transitorio. El agudo se caracteriza por la presencia de un infarto en las imágenes cerebrales. Por otro lado, las personas que son diagnosticadas con un evento isquémico transitorio, mediante el uso de definiciones clínicas establecidas, se basan en la resolución de los síntomas dentro de las siguientes 24 horas. De estos pacientes, se estima que el 40% tienen evidencia de infarto en la resonancia magnética ponderada por difusión, y a su vez, representan un grupo de personas que tiene un alto riesgo de ACV recurrente.

### 3.5.2. Diagnóstico del ACV

Según Campbell et al. (215), la característica clínica clave del ACV es la aparición repentina de un déficit neurológico focal. El momento del inicio del déficit en algunos momentos no es percibido por el paciente, y para esto se toma como punto de inicio el momento en que el paciente refirió sentirse bien.

Una evaluación clínica soportada en el conocimiento de estructuras neuroanatómicas y territorios vasculares favorece y permite la ubicación y estimación de la afección producida. Uno de los patrones más generalizados es la hemiparesia derecha con afasia, debido a la oclusión de la arteria cerebral media izquierda. Existen otros síntomas de accidente cerebrovascular que no son tan perceptibles y no se reconocen bien, como náuseas, vómitos, vértigo y disminución del nivel de conciencia, ya que son más comunes en el contexto de oclusiones en la circulación posterior.

La deficiencia súbita neurológica generalmente indica una causa vascular; no obstante, se debe considerar y descartar que no esté asociado a convulsiones focales con alteración de la conciencia, a un estado post-ictal, o a migraña con aura o migraña hemipléjica, las cuales también pueden provocar la aparición repentina de síntomas neurológicos focales.

Es importante considerar en el momento del diagnóstico que los déficits funcionales (psicogénicos), como el trastorno de conversión, pueden simular un ACV. Otros imitadores o eventos que actúan como confusor, que normalmente no se indaga en los antecedentes clínicos del paciente, incluyen trastornos metabólicos tóxicos.

El diagnóstico del ACV depende de las características clínicas y las imágenes cerebrales para diferenciar entre accidente cerebrovascular isquémico y hemorragia intracerebral. La tomografía computarizada (TC) sin contraste puede descartar hemorragia, pero recurrir a imágenes de perfusión por TC y angiografía favorecerá el diagnóstico positivo de accidente cerebrovascular isquémico, permitiendo identificar un objetivo de oclusión de vaso grande para la trombectomía endovascular.

Realizar el diagnóstico teniendo en cuenta las imágenes cerebrales (tomografía computarizada o resonancia magnética), complementa de manera crucial el examen clínico para diferenciar el subtipo y el mecanismo del ACV. Es importante resaltar que los síntomas y signos clínicos por sí solos no pueden diferenciar de manera confiable el accidente cerebrovascular isquémico de la hemorragia intracerebral, y el manejo difiere marcadamente entre estas dos condiciones. “En el ictus isquémico, la presencia de una oclusión de gran vaso, definida como oclusión en la arteria carótida interna, la arteria cerebral media proximal o la arteria basilar, determina la terapia de reperfusión más adecuada”.

Es importante considerar que en pacientes con antecedentes de ACV, “el déficit neurológico anterior puede regresar con enfermedades intercurrentes”. La prevención secundaria de la enfermedad aterosclerótica de las grandes arterias frente al ACV cardioembólico también difiere sustancialmente, lo que hace prioritario obtener imágenes del cerebro y su árbol vascular cuando los pacientes se presentan en el hospital con sospecha de ACV.

### 3.5.3. El tratamiento del ACV

Campbell et al. (215), refieren que el ACV ha sido catalogado como una de las enfermedades tiempo dependiente; y a su vez, expresan que el tratamiento del ACV isquémico ha tenido fuertes avances en los últimos años, demostrándose que "la reperfusión rápida mediante el uso de trombólisis intravenosa y trombectomía endovascular reduce la discapacidad". El uso de estas terapias ahora se puede hacer en pacientes seleccionados que acuden tarde a la atención médica y que cuenten con evidencia de imágenes de tejido cerebral recuperable. En la actualidad, aún se investiga sobre la efectividad de los agentes hemostáticos como las intervenciones quirúrgicas para la hemorragia intracerebral.

### 3.5.4. Fisiopatología

#### 3.5.4.1. Accidente cerebrovascular isquémico

La etiología de esta patología es la oclusión arterial; que en la mayoría de los accidentes cerebrovasculares isquémicos se debe a una embolia, y su origen puede ser por una placa aterosclerótica en el arco aórtico, o en las arterias cervicales, o desde el corazón. En los grupos poblacionales asiáticos y negros, la aterosclerosis intracraneal con trombosis in situ también es un factor (mecanismo) predominante para que se presente el ACV.

La enfermedad de los vasos pequeños causa pequeños infartos subcorticales (ACV lacunar) y hemorragia intracerebral profunda. La disección de la arteria cervical es una de las causas más comunes de ACV en pacientes más jóvenes (p. ej. <60 años). La inflamación arterial también puede causar un ACV, y esta puede derivarse de procesos infecciosos a causa de un ACV pediátrico o posterior a un herpes zoster en adultos.

Shuaib et al. (216) refieren que “el flujo cerebral normal oscila entre 50 y 60 ml/100 g/min y está estrechamente controlado por la autorregulación cerebral. Cuando el flujo sanguíneo es <10 ml/100 g/min, se produce un daño rápido y la mayoría de las células mueren a los pocos minutos de iniciada la isquemia”.

Según los autores (216), si el flujo sanguíneo se conserva entre 10 y 20 ml/100g/min, las neuronas dejan de funcionar, pero no sufren daños estructurales y se pueden recuperar en tanto se restaure el flujo sanguíneo; no obstante, el daño neuronal sufrido no es uniforme cuando se presenta una oclusión en una arteria intracraneal, especialmente durante las primeras horas; esto debido a que la supervivencia de las neuronas depende en gran parte de la extensión de la circulación colateral.

La tomografía computarizada multimodal y la resonancia magnética posibilitan la identificación de la lesión cerebral en las primeras horas de la oclusión arterial. De acuerdo con los autores se ha observado que “la progresión al infarto total es muy variable (entre horas y días), especialmente después de la oclusión de la arteria cerebral media”.

Un factor de protección importante, que se soporta y detecta a través de la imagenología, es posible a través del flujo retrógrado de las arterias piales. Los autores consideran que “el aumento del flujo sanguíneo a través de la circulación colateral puede ser una herramienta terapéutica útil en el tratamiento del ACV agudo” (216).

Campbell et al. (215), refieren que:

> Cuando se ocluye una arteria cerebral y el flujo sanguíneo se reduce por debajo de un nivel crítico, cesa la función eléctrica neuronal y se desarrolla un déficit clínico". Si el flujo sanguíneo cerebral disminuye gravemente, tendrá como efecto inmediato una lesión tisular irreversible. No obstante, los autores refieren que "en muchos pacientes, el suministro de sangre colateral a través de anastomosis leptomeníngeas o el polígono de Willis puede ser suficiente para mantener la viabilidad celular durante un período de tiempo. Estas regiones cerebrales en hibernación, pero potencialmente salvables, se denominan penumbra isquémica.

Según Campbell et al. (215), las terapias de reperfusión restauran el flujo sanguíneo a la penumbra isquémica y reducen sustancialmente la discapacidad después de un accidente cerebrovascular isquémico.

Bajo estas características es que el ACV es tiempo dependiente, debido a que "la penumbra isquémica salvable puede identificarse de forma no invasiva mediante el uso de la falta de coincidencia entre el núcleo isquémico, que está lesionado de forma irreversible (estimado mediante resonancia magnética de difusión o flujo sanguíneo cerebral severamente reducido en la perfusión de TC), y la región críticamente hipo perfundida (estimada como la región de retraso sustancial en la llegada del flujo sanguíneo)" (215).

De acuerdo con los autores se estima que el tejido recuperable mediante el uso de imágenes de perfusión se ha utilizado con éxito para identificar a los pacientes que se beneficiarían de las terapias de reperfusión más allá de las ventanas de tiempo estándar de 6.0 horas para la

trombectomía endovascular, y de 4 a 5 horas para trombólisis intravenosa; sin embargo, la isquemia y la reperfusión pueden causar lesiones secundarias en los pacientes.

Pese a los riesgos conocidos en modelos animales, son más los beneficios de la reperfusión en humanos. Es fundamental reconocer que la transformación hemorrágica sintomática y el edema maligno son dos manifestaciones clínicas de la lesión por reperfusión.

3.5.4.2. Hemorragia intracerebral

La hemorragia intracerebral, según Campbell et al. (215), tiene su origen en la vasculopatía perforante profunda, y esta se relaciona "con la presión arterial alta, con microhemorragias cerebrales (observadas en la resonancia magnética) y hemorragias clínicas que afectan con mayor frecuencia a los ganglios basales, el cerebelo, la protuberancia o el tálamo".

Otra causa no menos importante es la angiopatía amiloide; estas hemorragias son típicamente lobares y ocurren en pacientes mayores (es decir, mayores de 55 años, pero con mayor frecuencia en pacientes de 70 a 80 años), con evidencia de microhemorragias corticales y hemosiderosis superficial en la resonancia magnética.

En este tipo de patología, las malformaciones vasculares (p. ej., malformaciones arteriovenosas, malformaciones cavernosas y fístulas arteriovenosas durales) y las lesiones de masa (p. ej., tumores metastásicos) deben descartarse con neuroimagen, especialmente en pacientes más jóvenes (p. ej., < 60 años) o sin evidencia de vasculopatía en resonancia magnética.

Los efectos perjudiciales de la hemorragia intracerebral debido al efecto de masa del propio hematoma se reconocen fácilmente. Los autores refieren que “el edema que se desarrolla posteriormente (y puede aumentar hasta por 2 semanas) también contribuye a la lesión por efecto de masa, y se cree que la toxicidad de la trombina y el hierro contribuyen de manera clave al desarrollo de este”.

3.5.5. Manejo Agudo

Campbell et al. (215) sugieren en esta publicación elementos propios del modelo ASBV:

> El tratamiento agudo de los pacientes con ictus debe realizarse en una unidad de ictus que esté organizada y definida geográficamente. La atención en una unidad de accidentes cerebrovasculares aumenta la supervivencia sin discapacidad para pacientes de todas las edades, gravedades y subtipos de accidentes cerebrovasculares, y comprende un equipo integrado de expertos médicos, de enfermería y de salud aliados que aplica protocolos clínicos basados en evidencia.

La atención en una unidad de accidentes cerebrovasculares tiene como fin reducir complicaciones como la neumonía por aspiración, el tromboembolismo venoso y las úlceras por presión, comenzar la rehabilitación temprana, e instituir la prevención secundaria dirigida.

De igual forma facilita el desarrollo de actividades médico-delegadas como el manejo protocolizado de enfermería de la fiebre, la glucosa y la deglución. Esto se demostró en un estudio tipo ensayo aleatorizado por grupos en el año 2019; donde una de las evidencias más relevantes fue la reducción de la mortalidad en el control de la deglución, de igual forma no

se evidenció beneficio alguno en el control más intensivo y estricto de la glucosa en comparación con el manejo estándar posterior al ACV.

3.5.6. Epidemiología y factores de riesgo

La prevención del ACV recurrente requiere una comprensión del mecanismo del accidente cerebrovascular a fin de orientar las intervenciones terapéuticas, como la endarterectomía carotídea, la anticoagulación para la fibrilación auricular y el cierre del foramen oval permeable. No obstante acciones como la reducción de la presión arterial, el abandono del hábito de fumar y el mejoramiento del estilo de vida son comunes y aplica a todos los subtipos de ACV.

Los datos del estudio de la Carga Mundial de Morbilidad, estimados en el año 2016 y publicados en el 2019 (215) indican que "una de cada cuatro personas podría sufrir un ictus en su vida en todo el mundo cada año, con una incidencia relativamente estable ajustada por edad en los países de ingresos altos, pero una incidencia creciente en los países de ingresos bajos y medianos. Se espera que la incidencia absoluta aumente con el envejecimiento de la población". Estas estimaciones indican que el 90% de los ACV pudiesen ser prevenidos, ya que están asociados a factores de riesgo que pueden ser modificables.

El ACV guarda relación con muchos factores de riesgo de otras enfermedades cardiovasculares, y tienen una importancia relativa con el evento. El factor de riesgo más importante y que favorece el ACV es la presión arterial alta (hipertensión arterial), que se aplica tanto al accidente cerebrovascular isquémico como a la hemorragia intracerebral. La diabetes, el tabaquismo, la hiperlipemia y la falta de actividad física también son riesgos

importantes y requieren intervenciones desde la Salud Pública y en el estilo de vida de cada una de las personas.

La fibrilación auricular, factor de riesgo específico del ictus isquémico, está aumentando en detección y prevalencia. Los ACV relacionados con la fibrilación auricular tienden a ser más grandes e incapacitantes que aquellos debidos a otros mecanismos. (por ejemplo, hipoglucemia).

### 3.5.7. La estandarización y la variabilidad en la práctica clínica

La estandarización se refiere al desarrollo y la implementación de manera uniforme y acordada de especificaciones técnicas, criterios y métodos tendientes a incrementar la compatibilidad, calidad, reproductibilidad y seguridad de la práctica clínica (217).

El objetivo de la estandarización es aportar un mayor nivel de previsibilidad en cuanto al cuidado. Esta práctica se basa en herramientas como Medicina Basada en Evidencia (MBE), Guías de Práctica Clínica (GPC), consensos de expertos, protocolos, procedimientos, algoritmos, vías clínicas y listas de verificación. Las dificultades o barreras que ha experimentado la estandarización se relacionan con que algunas guías resultan adecuadas para casos clínicos típicos, mientras que otras pueden resultar ambiguas o genéricas (217–219).

Un estándar de cuidado es un pequeño número de definiciones o declaraciones que describen el cuidado que se debería ofrecer al paciente para una situación específica. Los pacientes con múltiples enfermedades, por ejemplo, están en riesgo de superposiciones de medicaciones si

se cumplen las guías según cada enfermedad. Ante la pregunta: ¿qué es mejor, estandarizar o personalizar? Las guías suelen estar enfocadas bajo un paradigma biológico de una enfermedad. Los cuidados centrados en cada paciente y pensados a largo plazo son necesarios en situaciones complejas. La baja prevalencia de algunas situaciones clínicas (ej. eventos en pacientes trasplantados) lleva a necesitar un enfoque fuera de las guías (220).

La implementación de la estandarización se debe guiar por metodologías como la del 5WH que se basa en responder a las preguntas "qué, quién, dónde, cuándo, por qué y cómo", y sirve para analizar situaciones y resolver problemas; el ciclo PHMA (Planificar – Hacer – Medir – Actuar), y hacer uso de las listas de chequeo (221). La variabilidad en la práctica clínica tiene una buena aceptación para aplicar cuando hay diferencias de salud entre las poblaciones, pero no es tan aceptada cuando hay diferencias en el uso apropiado de los recursos y/o en la práctica médica profesional. La variabilidad en la práctica clínica puede conllevar al sobreuso de tratamientos y procedimientos que no ayudan a las personas a mejorar, la subutilización del cuidado que se sabe que ayuda y el uso inadecuado o equivocado que puede dañar a las personas. Siempre se debe tener un balance entre lo estándar y lo personalizado, la MBE en algunos casos tiene una brecha de más de 10 años para llegar al paciente. El paciente es parte del proceso y de las decisiones, aún en el cuidado estándar (217–219).

### 3.6. El estado del arte: los modelos, su concepto, implementación y resultados con relación al ACV

En términos de la implementación del modelo ASBV entre 2014 a 2018, ya era creciente el número de publicaciones que referían su implementación; en ellas, se sugería reforzar el liderazgo clínico y la gestión para mejorar las experiencias de implementación. Este proceso de implementación se ha dado no en la totalidad de las estrategias, se ha implementado de manera parcial, siendo más usado en el montaje de las UIP (82).

Del 2014-2018 al año 2024 se encuentra en la literatura el concepto de valor como una relación entre los resultados alcanzados y los costos; además, las UIP siguen concentrando su mayor volumen en la implementación. Adicionalmente, se halló la estandarización de indicadores y de resultados relevantes para el paciente y que lo incluyen. El modelo VBHC es un enfoque prometedor que puede contribuir a mejorar la eficiencia y la sostenibilidad de la atención en salud (222), y para ello, se disponen de planes guía para su implementación (223).

También se percibe que es necesario un enfoque integral del modelo que permita su implementación, para esto, los hospitales son actores clave en el cambio de modelo de atención en salud. No obstante, se requiere una transición completa hacia la atención ASBV, que asegure una gestión más fluida del paciente en su ciclo de atención completo y a lo largo de toda la cadena de valor, donde se debe reforzar la participación del gobierno en cuanto a la legislación, fortalecer los métodos de reembolso y la red hospitalaria (224).

Los hallazgos de la literatura destacan una mayor coherencia con la definición de los principios globales del modelo ASBV, en particular la relevancia que le dan a los resultados de los pacientes como indicador principal de la atención en salud basada en el valor. En el

Reino Unido, hay un avance en lo que respecta a la transición gradual de los pagos basados en el volumen a los pagos basados en el valor; sin embargo, hay diversidad en la interpretación y aplicación del modelo ASBV. La literatura indica una etapa prometedora para la implementación, caracterizada por definiciones y prácticas en constante evolución adaptadas a las necesidades y limitaciones locales (225). Pese a que el concepto aún no tiene un significado común en su totalidad, y que es prometedor el avance en su implementación, se hace necesario que las organizaciones en salud consideren invertir en una infraestructura de TI adecuada y avancen en nuevos modelos de reembolso (226).

En América Latina, según un estudio del 2021, La adopción del modelo porteriano en constituye una oportunidad estratégica para reorientar los sistemas de salud hacia la obtención de mejores resultados centrados en el paciente y un uso más eficiente de los recursos. No obstante, su implementación enfrenta importantes barreras estructurales, entre ellas la fragmentación de los sistemas, las limitaciones en la gestión de datos clínicos y financieros, y la resistencia profesional frente a cambios en los incentivos y procesos asistenciales (30).

Según esta publicación, concluye que la implementación del modelo en la región varió entre las organizaciones analizadas sobre comprensión del concepto ASBV. Aunque el 24% de los participantes mencionó la ecuación de valor, su formulación difería con frecuencia de la propuesta original. La mayoría de las iniciativas de ASBV se enfocaban en la organización de la atención (56,9%) y en la medición de resultados (22,4%), pero en la mayoría de los casos las unidades de práctica integrada no se habían consolidado y los datos de resultados no se utilizaban sistemáticamente para la mejora continua. Los principales desafíos

identificados fueron la gestión de la información, la aceptación de los actores involucrados, los esquemas de compensación y la fragmentación en la prestación de servicios. Predominó el pago por servicio, aunque cerca de un tercio de las organizaciones experimentaba con modelos de pago alternativos (227).

En el contexto latinoamericano, las experiencias previas en renovación de la atención primaria y en observatorios regionales de enfermedades muestran que el progreso es posible cuando convergen liderazgo clínico, político, inversión en infraestructura informacional y alianzas público-privadas que faciliten proyectos piloto escalables. Sin embargo, la evidencia empírica sobre impactos a gran escala aún es escasa y requiere evaluaciones de costo-efectividad y estudios de implementación adaptados a la diversidad y heterogeneidad de la región (306).

Durante el desarrollo de este estudio, su investigador y otros colaboradores han adelantado una Revisión de Alcance (Scoping Review) que tiene por nombre: “El Accidente Cerebrovascular (ACV) y su atención bajo los enfoques de creación de valor y la atención en centrada en la persona: una revisión de alcance”.

Como antecedentes de dicho Scoping Review refieren que La Atención en Salud Basada en el Valor (ASBV) y la Atención Centrada en la Persona (ACP) son enfoques vitales para la transformación sanitaria, por su aporte en devolver al paciente a su lugar céntrico en los sistemas de salud, y cómo la eficiencia en la gestión sanitaria va acompañada de otros elementos que deben alinear los intereses de cada actor que participa en los procesos de atención. Adicionalmente, se tuvo en cuenta la participación cooperativa en el diseño y

seguimiento a los resultados en salud, sus costos y el mejoramiento de la calidad en la atención.

El Accidente Cerebrovascular es una patología que encabeza las listas de mortalidad y discapacidad en el mundo y pese a que sus tasas ajustadas están en reducción, su incidencia es muy importante. Por ello y con el interés desde la Salud Pública, los resultados en salud de esta enfermedad se pueden ver beneficiados si se abordan de manera alineada con estos dos enfoques; por tanto, la revisión de alcance evalúa desde la literatura cómo esta condición médica ha sido abordada desde ambas perspectivas o los elementos que componen ambos modelos (228).

Según los resultados parciales de esta revisión, la literatura refiere que conceptualmente no hay nuevos aportes de ambos modelos en relación con el ACV. Respecto a su implementación en los resultados en salud, desde la ASBV han avanzado con lo propuesto por ICHOM, pero se propone mejorar el proceso de reporte informado por el paciente. Es necesario que las instituciones se orienten más a la implementación del modelo de ACP. Para ambos modelos es importante que la medición de los resultados y acompañamiento en el proceso llegue más allá de la rehabilitación, y que se realice de forma integral. Los procesos de atención deben ser más eficientes, y en la práctica clínica se deben reforzar los conceptos de dignidad, atención personalizada, comunicación en salud y co-diseño de la atención. La toma de decisiones compartida muestra un avance y de manera especial en el proceso de rehabilitación del ACV.

# 4. OBJETIVOS

## 4.1. Objetivo General

Establecer de forma participativa, una ruta estratégica y metodológica que permita reorientar la atención en salud de personas con Accidente Cerebrovascular (ACV), en una Institución Prestadora de Servicios de salud (IPS) en Colombia, desde el enfoque de la Atención en Salud Basada en el Valor (ASBV).

## 4.2. Objetivos Específicos

1. Describir el proceso de atención en salud de personas con ACV en una IPS en Colombia; desde su lógica interna y específica.
2. Caracterizar los actores, sus roles y competencias según el nivel de gestión y participación de estos en la atención en salud de personas con ACV en una IPS en Colombia.
3. Identificar los factores que favorecen y/o limitan la implementación de un modelo de atención en salud a partir del enfoque de la creación de valor, desde la perspectiva de los actores, sus roles, niveles de gestión y participación en la atención de personas con ACV en una IPS en Colombia.
4. Construir con los pacientes y actores participantes en el proceso de atención, los objetivos de valor que orienten la ruta estratégica y metodológica para la atención en salud de personas con ACV en una IPS en Colombia.
5. Proponer un pilotaje para la implementación de una ruta estratégica y metodológica para la atención a personas con ACV, según el modelo de ASBV, en una IPS en Colombia.

# 5. METODOLOGÍA

## 5.1. Enfoque Metodológico de la Investigación

Esta investigación se desarrolla desde el paradigma de la teoría critica en el sentido de Jürgen Habermas (229), quien postula la búsqueda de nuevas formas de producir conocimiento y con argumentos sobre su distanciamiento del saber nomológico. Habermas propone una nueva perspectiva del conocimiento bajo el enfoque critico – reflexivo, que busca la comprensión de la realidad y su transformación a un estado mayor de justicia social y emancipación. El pilar de este paradigma es la filosofía y el proceso de conocer se diferencia del hegemónico, por el diálogo entre iguales y la comunicación simétrica y horizontal; su consecuencia es la formación de valores democráticos y un nuevo concepto de ciudadanía, con aspiración ética y política.

El contexto de este paradigma en la práctica es la investigación guiada por acción – reflexión – acción, cuyo fin es generar cambios y liberar del sometimiento y/o invisibilidad que produce un contexto social, para de esta forma llegar a la transformación social que se fundamenta en la activa intervención y participación, y la colaboración que nace de procesos de reflexión personal puestos en la acción (230). Los principales aspectos que caracterizan este paradigma son: I) La realidad en una concepción holística y dialéctica. II) Diferente al saber nomológico, la relación sujeto–objeto (investigador–fenómeno) no es distante y vertical, ambos y de manera simétrica participan de manera activa en el proceso de investigación y son motivados por el cambio social. III) La práctica y la acción son el escenario de la investigación, y desde allí, se aborda la comprensión social de los problemas, necesidades e intereses del grupo humano estudiado. IV) La transformación de las estructuras

sociales es una búsqueda motivada por la liberación y opresión de los individuos que conforman el contexto del estudio (231). La base metodológica de este paradigma es la investigación acción (232).

Por lo anterior, esta investigación acude a dicho paradigma, por la coherencia que mantiene con sus objetivos, donde la atención en salud debe dar paso a dejar de silenciar y no reconocer la voz del paciente y concebirlo como una persona capaz de comunicarse y tomar decisiones sobre los resultados en salud, y que estos estén en el marco de un significado común de una red de valor que se enfoca en mejorar la salud de la persona y aportar así a su bienestar y el de su entorno. En esta perspectiva y como lo plantea la teoría critica de la salud, este es un espacio de debate participativo ante un problema de la salud pública como lo es el ACV (233).

Bajo esta perspectiva, la transformación de la salud en el sistema de salud en Colombia y el mundo debe pasar de volumen a valor (68). Esta investigación es una apuesta que se suma a la necesidad de liberar a la sociedad de la historia que se ha acumulado de una atención en salud fragmentada, desalineada e influenciada por intereses particulares y las relaciones de poder (58), tal como se ha hecho históricamente en la validada práctica de la medicina defensiva (39). Epistemológicamente, este conocimiento no se puede producir sólo desde lo ontológico y lo retrospectivo, es a partir de lo prospectivo y la filosofía que se da cuenta de que el conocimiento se construye en la realidad y la acción. El nuevo conocimiento seguirá siendo objeto de reflexión y construcción; adicionalmente, será el resultado que se genera de manera cíclica, y que se fundamenta de manera continua en lo humano y en los simétricos diálogos de saberes entre el sujeto y objeto de la investigación (229).

## 5.2. Marco Interpretativo

El presente estudio se desarrolló en el marco de la Investigación Acción Participativa (IAP), también llamada Investigación Participativa (IP) o Investigación Acción (IA). Sus pilares son la investigación como una expresión de creencia del valor y poder del conocimiento y su respeto a otras formas de producirlo, la participación que realza los valores de la democracia y la autonomía de la persona y la horizontalidad entre el investigador y a quien investiga; y la acción, que es una búsqueda de cambio y transformación para un contexto de la sociedad. Este tipo de investigación se ha utilizado en las ciencias sociales en general, y con gran proyección en el sector educativo y organizacional(234).

La IAP es una manera diferente de coproducir investigación y acción para el cambio social. La complejidad de los problemas que se abordan en este tipo de investigación requiere centrar la atención en el conocimiento y la experiencia de muchos actores. La IAP no es ni un método ni una técnica más de las ciencias sociales, es una estrategia de vida que incluye la creación de espacios para el aprendizaje colaborativo y el diseño, ejecución y evaluación de acciones liberadoras (234).

La IAP tiene como antecedente la investigación-Acción (IA), que proviene de German Kurt Lewin en 1944 y otros abordajes del conocimiento que lo antecedieron en esta misma línea, entre los que se encuentra la filosofía pragmática de John Dewey (1859-1952) y otras influencias en el siglo XIX. Lewin argumentaba que podían coexistir la producción de avances teóricos y los cambios sociales. Su concepción sobre esta forma de investigar era secuencial y cíclica, y consistía en los siguientes pasos: analizar, recolectar información, conceptualizar, planear, ejecutar y evaluar y repetir (235).

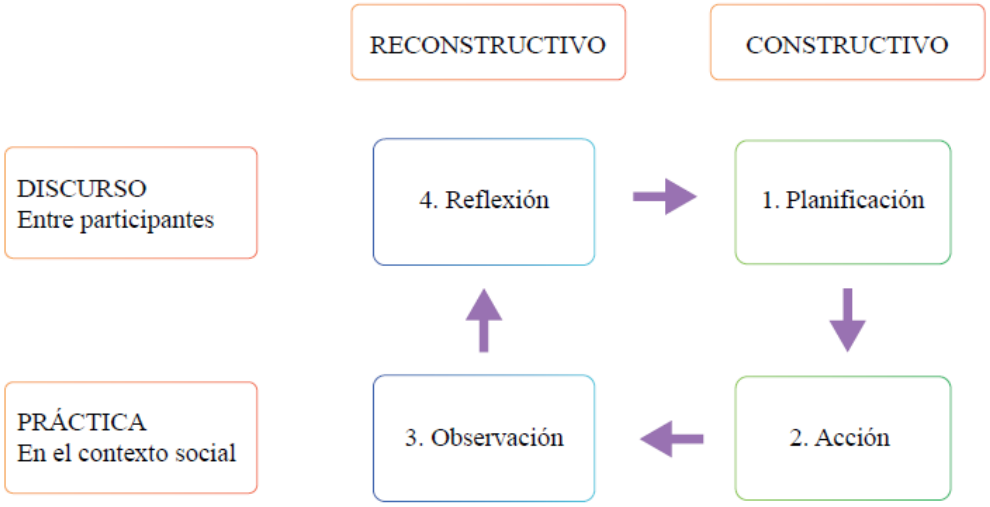


Figura 10. Espiral de Autorreflexión de la Investigación-Acción (238).

La investigación acción basada en la teoría crítica se compone de cuatro fases esenciales: I) Observar: donde se problematiza y se recogen datos. II) Reflexionar: comprende el análisis e interpretación de los datos y la construcción significante que se halló. III) La planificación: la búsqueda para la resolución de los problemas detectados. IV) La acción: la implementación de las mejoras (236).

Otras aproximaciones y/o variaciones de la IAP surgieron a partir de la década de 1970 en América Latina, Asia y África y su énfasis fue la justicia social y el activismo político. En América Latina, esta corriente tuvo como uno de sus principales impulsores al colombiano Orlando Fals Borda (237).

Este marco interpretativo permitió dar cumplimiento y alcance a los objetivos de esta investigación, en tanto se dio la comprensión y construcción de un significado de valor y la

atención en salud centrada en el valor en una IPS en Colombia, favoreciendo la identidad de múltiples actores del sistema de salud colombiano. En este sentido, se reconoció la voz de los pacientes con ACV de una IPS colombiana, quienes con su participación fueron coproductores de conocimiento y acción para el nuevo diseño de la atención en salud basada en el valor. Esta fase inicial de la apuesta al cambio y transformación de la atención en salud se fundamentó en espacios conversacionales cíclicos, centrados en la horizontalidad y bajo un diálogo de saberes que legitiman la adaptación del modelo ASBV como una nueva manera de atención en salud en una IPS en Colombia a las personas con ACV.

Este abordaje metodológico es coherente no sólo con lo propuesto en este estudio, sino que responde al alcance de la Teoría Critica de la Salud (233), donde se ha dado un paso a la reflexión y a la emancipación crítica, y el proceso se dio bajo una dialéctica de la racionalidad, orientado por la espiral de auto reflexión de la investigación acción – participación, critica y trasformadora (238).

### 5.3. Tipo de Abordaje

El abordaje para esta investigación corresponde a un estudio de caso intrínseco, donde se abordó en complejidad y profundidad un caso en particular, que ha surgido de un interés especial y específico, a fin de comprender holística y sistémicamente lo relevante de la interacción con su entorno y en su propia actividad (239). El caso de estudio, para esta investigación es la Atención en Salud a personas con ACV en una IPS en Colombia.

Esta investigación hace uso de métodos cualitativos y cuantitativos, en esta perspectiva, se acude a los lenguajes que corresponden a cada método, y se detallará en la presentación de los aspectos metodológicos del estudio.

## 5.4. Descripción de los Participantes

- **Los pacientes**: son aquellas personas que tuvieron como diagnóstico principal de egreso ACV de cualquier origen y fue codificado de acuerdo con lo establecido por la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10).
- **Familia y cuidadores:** son las personas que están en el entorno inmediato del paciente y que brindan atención y soporte emocional, afectivo, del cuidado y de rehabilitación a la persona que sufrió un ACV.
- **Equipo directivo y gestor de la IPS**: compuesto por la Gerencia, subdirectores y jefes de área que definen las políticas y normas Institucionales y dirigen estratégica y tácitamente el desarrollo organizacional.
- **Los profesionales en salud:** es el equipo de salud que participa de forma directa en el proceso de atención en salud de la persona con ACV.
- **El equipo de apoyo y administrativo:** es el equipo administrativo que participa de forma directa en el proceso de atención en salud de la persona con ACV.
- **Líder(es) de contratación y prestación de servicios:** es quien desempeñe las funciones asociadas a definir los acuerdos y lineamientos que enmarcan el relacionamiento y la estructura de la red para la atención en personas con ACV desde el aseguramiento.

- **Directivos y líderes del sector salud:** son aquellas personas de la red de servicios que desde sus roles brindan integralidad a la atención en salud de la persona con ACV. Entre ellos se encuentran: líderes y directores de prestación del servicio y salud pública municipal y departamental, líderes de la industria farmacéutica, líderes de las aseguradoras y EPS, líderes de empresas de la red de atención de la IPS.
- **Ejecutivo(s) de cuenta:** es la persona asignada por un proveedor de tecnología en salud a la IPS para el abastecimiento de insumos que aseguren la atención en personas con ACV.
- **Líder de prestación de servicios de salud:** funcionario(s) directivos que planifiquen y orienten desde los entes locales y territoriales a los prestadores para la atención en personas con ACV.
- **Equipo humano de apoyo y logística:** es el equipo que brinda soporte en actividades de apoyo y logística para la atención en salud en la IPS. Entre ellos están labores relacionadas con aseo hospitalario, transporte en salud, vigilancia, entre otros.
- **Experto(s) en diagnóstico y tratamiento del ACV:** compuesto por profesionales, investigadores y en general personal especializado en la condición médica del ACV, y que puedan ser contactados en el ámbito nacional y/o internacional con el propósito de disponer de su asesoría en el desarrollo del proyecto como expertos en contenido.
- **Experto(s) en gestión en salud desde el modelo ASBV y su implementación:** compuesto por profesionales, investigadores y en general personal especializado en la comprensión y aplicación del modelo ASBV, con el propósito de disponer de su asesoría en el desarrollo del proyecto como expertos en contenido

## 5.5. Criterios de Inclusión (Criterios de Participación) y Posibles Fuentes de Pérdida de los Participantes

- Los participantes fueron mayores de edad.
- Los pacientes egresaron de la IPS en Colombia, y al momento de la entrevista o el grupo focal, habían transcurrido seis meses posterior al alta hospitalaria y se encontraban en el área metropolitana del Valle de Aburra.
- Los participantes también podían ser familiares/cuidadores de un paciente egresado con diagnóstico de ACV.
- Se contó también con profesionales clínicos, expertos y administrativos de la IPS donde se realizó el estudio de caso.
- Aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado.

## 5.6. Descripción de la Muestra

En esta investigación se recurrió al muestreo estratificado intencional. Este tipo de muestreo facilitó evolucionar en el tipo y número de participantes en los espacios conversacionales. Se pasó de 4 a 8 participantes en promedio por grupo focal y su participación se fundamentó en la evolución de la comprensión de las categorías y la construcción de un saber significativo y relevante para la atención en salud a la persona con ACV basada en el valor, en una IPS en Colombia. Los participantes tenían diversos roles, competencias y funciones con relación al caso de estudiado. Estos grupos sociales fueron ricos en información por sus características diferenciales, lo que favoreció el diálogo de saberes y los nutrió por la riqueza de su conocimiento, el contraste y comparación entre los saberes de los participantes, permitiendo

así construir un conocimiento profundo y relevante para los propósitos del estudio, el cuál fue validado con los mismos participantes (240).

## 5.7. Categorías o Temas Preliminares de Análisis

I. Proceso de atención en salud.

II. La gestión en salud y sus niveles.

III. Atención en salud basada en el valor.

IV. Los objetivos de valor.

V. La estrategia y su perspectiva

## 5.8. Descripción de las Categorías o Temas

### I. Proceso de atención en salud

El proceso y procedimientos de atención están compuestos por un conjunto de actividades relacionadas y secuenciales (paso a paso). Los procesos tienen entradas que hacen parte de la estructura o capacidad para atender las necesidades en salud, materiales, profesionales, tecnología en salud, información, etc. (157).

Estas entradas se transforman por medio de actividades propias del proceso y terminan en resultados eficaces y efectivos en términos del tratamiento y cuidados para el paciente, y eficientes en términos del uso racional y estratégico de los recursos. Normalizar procesos permite mejorar la calidad, reducir la variabilidad e incrementar la efectividad de las acciones en salud. Este enfoque ha sido usado para procesos de atención como urgencias, consultas, hospitalización, cirugía, entre otros (157).

## II. La gestión en salud y sus niveles

La gestión se refiere a la organización de los procesos que posibilitan la atención de salud(241). El problema a resolver en este tipo de enfoques y/o modelos es lo concerniente a definir cuáles son las prioridades y decisiones que se deben tomar para enrutar el desarrollo y alcance de los objetivos y resultados en salud, guiándose por aspectos estructurales, institucionales y axiológicos de la organización; así como por la visión sistémica de lo que es y lo que se quiere hacer, considerando el entorno y la dinámica interna (115).

La actual situación de los sistemas de salud en el mundo demanda explorar nuevos modelos de gestión y atención en salud, a fin de generar herramientas e implementar iniciativas para la transformación del sistema de salud y bienestar de las personas. El término "valor" es un constructo vigente en la gestión y política sanitaria en el mundo, y pareciera ser un camino casi ineludible para redefinir los sistemas de salud y enfrentar los retos existentes. Estas decisiones estratégicas se deben tomar desde los tres niveles de gestión en salud pertinentes, que son: el nivel político (macro), de donde emergen las decisiones estratégicas, los lineamientos, directrices, la definición y gestión de las políticas en salud. La perspectiva de las organizaciones en salud (meso), representado en el nivel directivo, donde se toman decisiones tácticas. Y el nivel operativo (micro) que se refiere a la perspectiva de los microsistemas clínicos, donde se toman decisiones de acción (82).

## III. La Atención en Salud Basada en el Valor

La atención en salud basada en el valor ha sido antecedida y es concurrente con la práctica médica que tradicionalmente se ha basado en volumen de servicios y el incremento de costos; frecuentemente caracterizado por la ausencia de análisis y generación de nuevas tecnologías.

De otro lado, se cuenta con nuevos enfoques y propuestas como la atención en salud basada en el valor, la cual da relevancia al resultado global de la atención en salud realizada y la relaciona en función del esfuerzo económico incurrido, buscando los mejores resultados en salud y que sean relevantes para el paciente(157). Para Porter el valor en salud son los resultados en salud del paciente por cada unidad (costo y gasto) incurrida, siendo este un concepto muy próximo a lo concebido por costo-efectividad y costo-utilidad (209).

Según la Asociación Médica Americana, el valor lo componen fundamentalmente los siguientes términos: la seguridad, la oportunidad, la efectividad, la eficiencia, la equidad y la centralidad del paciente. Los objetivos básicos de este enfoque son: 1) mejorar los resultados en salud para el paciente, 2) mejorar la percepción de satisfacción de la experiencia del paciente en la atención en salud, y 3) la reducción de los costos y la sensibilización a los prestadores de servicios de salud para que se generen espacios de asociación, con el fin de conformar un sistema de salud centrado en el valor y con atributos como: visión clara y compartida centrada en el paciente, liderazgo y mejoramiento de las competencias en el personal que presta la atención, mejoramiento de la infraestructura en términos de tecnología informática, acceso amplio y sin barreras a la atención, y mecanismos de pago retributivos por el incremento de la calidad, no por el volumen(242).

La optimización de los resultados en salud que le interesa a los pacientes, deben eliminar las asimetrías derivadas de la prestación de los servicios de salud, la investigación, la innovación y el desarrollo tecnológico informático; estos resultados también favorecen a los prestadores, las aseguradoras , los proveedores de tecnologías y en general al sistema de salud en términos de efectividad comparada con costo; así como las fuertes limitaciones que existen para medir

la calidad (243). Este enfoque basado en el valor define como una de sus estrategias le medición de resultados en salud y costos por cada paciente y por condición médica, lo cual desde Porter se refiere a la importancia de este soporte amplio y robusto de la plataforma tecnológica(69).

Algunos elementos que son subyacentes a la Atención en Salud Basada en Valor son:
la co-creación de valor, la condición médica, el ciclo de atención, los resultados en salud y su medición, costos en salud, sistema de incentivos en salud, la compra de tecnología en salud basada en el valor, la cadena de valor, el círculo virtuoso del valor, la Unidad Clínicas Integradas o Unidad Integrada de Práctica Clínica (UIP), las mediciones de resultados y costos por cada paciente, el pago por paquetes integrales de atención, las redes Integradas de Prestación de Servicios, la expansión geográfica y la plataforma tecnológica (TI).

**IV. Los objetivos de valor**

Según Porter el mejor desempeño de la Atención en Salud Basada en Valor, sus resultados e impacto se deben a una responsable y adecuada construcción de los objetivos de valor, los cuales deben unificar intereses, expectativas y actividades de todas y cada una de las partes interesadas (stakeholders); no obstante, muchos de ellos ya están definidos, y deben seguir la línea de referencia de la accesibilidad, calidad, eficiencia, seguridad, rentabilidad, satisfacción, entre otros (157).

**V. La estrategia y su perspectiva**

Huerta, desde una perspectiva filosófica, considera que la estrategia es un proceso de toma de decisiones, en todos los niveles de la organización; el cual busca alcanzar los objetivos

(103). A su vez, Simón refiere que estas decisiones se toman en los diferentes niveles y estructuras de la organización, y están orientadas por lineamientos rectores y la búsqueda de alcanzar objetivos y metas. El autor afirma que tomar una decisión implica elegir un camino y renunciar a otras rutas que se hubiesen podido tomar, lo que conlleva a ser responsable de lo decidido en términos de poder y autoridad(144).

Arellano expresa que la estrategia, como forma de pensamiento se concibe como un complejo camino que emprenden grupos y organizaciones para llevar a cabo proyectos en medio de la pluralidad y el conflicto (135). Barbosa et al. consideran que el concepto de estrategia está en continua construcción, debido a que es un resultado longitudinal, propio de diferentes ópticas y una consecuencia de la interacción que hay entre el pensamiento (abstracción, racionabilidad y creatividad) y la acción (experiencia, aprendizaje y formación) que derivan en una toma de decisiones(145). Finalmente, Mintzberg entre otros autores, ha definido la estrategia y ha dado diferentes acepciones a la palabra, entre las que se encuentran la estrategia definida como un planeamiento, una dirección, una guía, un modo de acción futura, o un camino para trasladarse desde un punto a otro (127).

**Perspectiva estratégica**

De acuerdo con Pardo et al., implementar el modelo de ASBV implica una toma de decisiones y acciones en la búsqueda del estado futuro de los pacientes y los resultados en salud, intentando adaptar sus competencias al entono dinámico y complejo, de aquí la estrategia, desde el punto de vista pragmático se facilitará en su implementación a través del proceso estratégico de las unidades, lo que facilitará el uso del Cuadro de Mando Integral (CMI) “que identifica los inductores de valor de la estrategia y ofrece un sistema de gestión que alinea

las unidades para la atención de una condición médica" adecuados a su curso de acción y complementados con el cálculo de los costos(244) en salud por paciente y asociado a la atención global (245).

Una herramienta sugerida es la construcción del mapa estratégico de cada Unidad de Condición Médica (UCM) ya que permite ver "la estructura íntegra y lógica que describe su estrategia, ya que las relaciones causa-efecto ofrecen la transformación de los activos intangibles en resultados tangibles, facilitados por los indicadores". En él también se aprecian los factores críticos, la ruta de la estrategia, con quien se relaciona y explicitan las hipótesis a fin de describir el proceso en términos de que se asegure el valor final (246).

## 5.9. Técnicas de Recolección de Información

### 5.9.1. Fuentes de Información

Las fuentes de información del estudio, según la planeación realizada por objetivos específicos son:

#### 5.9.1.1. Fuentes Primarias de Información

Fueron las personas que participaron en el estudio, quienes cumplieron con los roles y perfiles listados en los participantes del estudio, y con su experiencia y participación contribuyeron con información para lograr alcanzar los resultados de investigación.

#### 5.9.1.2. Fuentes Secundarias de Información

Conformadas por la información documental y datos del sistema de información institucional que sirvieron para el análisis y resultados del estudio. Algunos de estos fueron: el manual de

procesos y funciones de la IPS relacionados con la atención de personas con ACV, las guías y protocolos clínicos institucionales para la atención de personas con ACV.

### 5.9.2. Instrumentos de Recolección de Información

- **La ficha de contenido:** el instrumento para el análisis documental fue la ficha de contenido. En ella se registraron los datos capturados y se clasificaron en unos campos predefinidos, que permitieron su procesamiento. La información derivada de este proceso fue el insumo para el análisis estadístico y documental requerido para los resultados del estudio (247,248).
- **Los espacios conversacionales:** los instrumentos y recursos metodológicos utilizados en los espacios conversaciones (249) fueron las entrevistas semiestructuradas(101,250,251) y los grupos focales(101,252,253). Estos espacios se diseñaron a través de guiones y planeación del ambiente para que se convirtieran en diálogos de saberes (254) bajo criterios de participación, relación simétrica y horizontal. Se realizaron pilotos para refinar los guiones que permitieran generar confianza y acceso al saber y conocimiento de cada participante. Finalmente, en su desarrollo se logró llegar a experiencias y conceptos que favorecieron la construcción de conocimientos validados y que fueron insumos fundamentales para los resultados. En este proceso se dio una construcción de conocimiento relevante con los discursos de los participantes (255).

### 5.9.3. Proceso de Obtención de la Información (Qué, Quién, Cómo, Cuándo).

El proceso de obtención de información que se describe a continuación se orientó por las técnicas de análisis utilizadas para el procesamiento de los datos cualitativos, y con el propósito de que la información obtenida sea amplia y suficiente para argumentar y dar respuesta a las preguntas de los objetivos específicos, y que, a su vez, responda a la pregunta de investigación. El proceso de obtención de la información se presentará agrupado por objetivos específicos, donde el mecanismo para obtener información fue común para los objetivos agrupados.

**Objetivos específicos No. 1 y 2**.

Para el objetivo específico No. 1, se realizó una revisión documental que tuvo como fin responder a la pregunta: ¿qué caracteriza el proceso de atención en salud de personas con Accidente Cerebrovascular, en una Institución Prestadora de Servicios de salud en Colombia; desde su lógica interna y especifica?, donde se procedió a seleccionar los documentos que dieran respuesta a la pregunta, considerando su origen, relevancia, contexto y contenido.

Tabla 1. Documentación base para el análisis del proceso de atención en salud a la persona con ACV en una IPS en Colombia – Objetivo específico No. 1.

| **Titulo** | **Año de publicación** |
|---|---|
| Guía para el diagnóstico tratamiento y rehabilitación del episodio agudo del ataque cerebrovascular isquémico en adultos | 2015 |
| Resumen de las recomendaciones GPC para el diagnóstico tratamiento y rehabilitación ataque cerebrovascular isquémico | 2015 |
| Ruta urgencias ACV isquémico | 2022 |

| Titulo | Año de publicación |
|---|---|
| Ruta de enfermería urgencias ACV isquémico | 2022 |
| Reportes del Sistema de Información Institucional sobre atención administrativa y clínica a personas con ACV | 2024 |
| Resolución 5596 de 2015 | 2015 |
| Resolución 429 de 2016 | 2016 |
| Resolución 3280 de 2018 | 2018 |
| Resolución 2626 de 2019 | 2019 |
| Proyecto de ley 017 de 2020 | 2020 |

Esta documentación física y electrónica se organizó y se sistematizó en bases de datos, para posteriormente realizar un análisis documental bajo el enfoque de las siguientes categorías y subcategorías iniciales y las preguntas orientadoras para el proceso de análisis.

Tabla 2. Guía de análisis documental sobre el proceso de atención en salud a la persona con ACV en una IPS en Colombia – Objetivo específico No. 1.

| Categoría central de análisis | Subcategoría | Preguntas - Documentación de la IPS en Colombia |
|---|---|---|
| I. Proceso de atención en salud | 1. Entradas y/o insumos de proceso | 1. ¿Cuáles son los elementos que constituyen el insumo para iniciar el proceso de atención en salud a la persona con ACV? |
| | 2. Procesos y procedimientos relacionados con la atención | 2. ¿Qué describe de forma general el proceso de atención en salud a la persona con ACV? |

| Categoría central de análisis | Subcategoría | Preguntas - Documentación de la IPS en Colombia |
|---|---|---|
| | 3. Resultados y métricas en salud | 3. ¿Cuáles son los resultados del proceso de atención y si pertenecen o se agrupan a alguna métrica en salud? |
| II. La gestión en salud y sus niveles. | 4. Enfoque político de la atención en salud del ACV | 4. ¿Cuál es el enfoque político de la atención en salud a la persona con ACV, en Colombia, Antioquia y en Envigado? |
| | 5. Modelo organizacional de la atención en salud del ACV | 5. ¿Cuál es el modelo de atención en salud que institucionalmente se debe seguir, según indicaciones de norma y/o política Institucional o del sistema de salud, para la atención de la persona con ACV? |
| | 6. Microsistema clínico y procedimental para la atención en salud del ACV. | 6. ¿Cuál es el enfoque estratégico institucional para la atención en salud a la persona con ACV? |
| III. Atención en salud basada en el valor. | 7. UPI para la atención del ACV<br>8. Ciclo de atención del ACV<br>9. Red de valor para la atención del ACV<br>10. Resultados y costos por paciente | 7. ¿Qué evidencia documental se tiene de uso y/o implementación de las estrategias de atención en salud basada en valor? |

| Categoría central de análisis | Subcategoría | Preguntas - Documentación de la IPS en Colombia |
|---|---|---|
| | 11. Gestión de la data de la atención en salud<br>12. Co-Creación de valor<br>13. Sistema de pago y planes incentivos y recompensas<br>14. Transparencia y referenciación competitiva<br>15. Expansión geográfica | |
| IV. Los objetivos de valor. | 16. PRO<br>17. CROMs<br>18. PROMs<br>19. PREMs | 8. ¿Qué evidencia documental se tiene de uso y/o implementación de los resultados de salud informados, según subcategorías de análisis? |
| V. La estrategia y su perspectiva | 20. Volumen<br>21. Valor | 9. ¿Qué enfoque tiene la atención en salud a la persona con ACV, según las subcategorías de análisis y lo concluyente del análisis de la documentación? |

Para el objetivo específico No. 2, al igual que en el objetivo anterior, se realizó una revisión documental que tuvo como meta responder a la pregunta: ¿cuáles son los actores, sus roles y competencias según el nivel de gestión y participación de estos, en la atención en salud de personas con Accidente Cerebrovascular en una Institución Prestadora de Servicios de salud

en Colombia?, donde se procedió a seleccionar los documentos que dieran respuesta a la pregunta, considerando su origen, relevancia, contexto y contenido. Dando como resultado la siguiente documentación:

Tabla 3. Documentación base para el análisis de los actores que participan directa e indirectamente en el proceso de atención en salud a la persona con ACV en una IPS en Colombia – Objetivo específico No. 2.

| **Titulo** | **Año de publicación** |
|---|---|
| Guía para el diagnóstico tratamiento y rehabilitación del episodio agudo del ataque cerebrovascular isquémico en adultos | 2015 |
| Resumen de las recomendaciones GPC para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación ataque cerebrovascular isquémico | 2015 |
| Ruta urgencias ACV isquémico | 2022 |
| Ruta de enfermería urgencias ACV isquémico | 2022 |
| Ley 1164 de 2007 | 2007 |
| Resolución 3100 de 2019 | 2019 |

Los documentos se organizaron y se sistematizaron en bases de datos, dejando a disposición la información para el posterior análisis documental, bajo el enfoque de las siguientes categorías y subcategorías iniciales y las preguntas orientadoras para el proceso de análisis.

**Objetivos específicos No. 3 y 4**

Para estos objetivos, el investigador inició por ajustar las guías de los espacios conversacionales previamente diseñadas en la fase del proyecto de investigación. Este rediseño se realizó bajo la supervisión de la tutora de la investigación y con su aprobación.

Estas guías pasaron a una fase de testeo a través de dos grupos focales piloto; al primer grupo focal piloto asistieron dos pacientes y dos familiares, y en el segundo, asistieron un grupo de funcionarios de la IPS en Colombia que estaban relacionados con el proceso de atención en salud a la persona con ACV.

En ambos grupos focales, antes de iniciar se explicó el objetivo y metodología de este espacio conversacional, se dio claridad sobre la voluntad de retirarse en cualquier momento y la libertad de expresión; también se informó sobre los documentos a firmar y en qué consistían, se explicó que serían grabados en audio y video. Posteriormente, se procedió a firmar el consentimiento informado para su participación y autorización para la grabación y luego diligenciaron la ficha sociodemográfica específica para cada grupo de participantes.

Se dispuso de un lugar con el ambiente propicio para los encuentros y estos tuvieron un tiempo promedio de duración de una hora. Con el resultado de este pilotaje, se procedió a refinar la guía para cada uno de los grupos focales y entrevistas subsiguientes. Con el aval de la tutora, las guías definitivas fueron establecidas y se prepararon para ser utilizadas en los espacios conversacionales planeados.

Para estos dos objetivos específicos, la obtención de información la realizó el investigador y un equipo de apoyo que acompañó la realización de cuatro grupos focales y tres entrevistas a expertos; un experto en el componente clínico del manejo del ACV, un segundo experto en la implementación de los modelos de ASBV y ACP, y un tercer experto en análisis económico en salud y seguimiento de costo efectividad por paciente. El tiempo promedio de duración de cada espacio conversacional fue de una hora, se aseguró que el espacio seleccionado para

realizar estos espacios conversacionales generara un ambiente de confort, tranquilidad y confianza, que favoreciera una buena comunicación. La ubicación de los participantes en los grupos focales fue en mesa redonda y en las entrevistas uno frente al otro, sin ningún elemento u objeto que se interpusiera entre el entrevistado y el entrevistador. En todos los grupos y entrevistas se garantizó que no se presentaran distractores en el ambiente o interrupciones que impidieran la concentración y buen desarrollo de estos diálogos de saber. De igual forma, se garantizó la calidad de la grabación en audio y video de los espacios conversacionales.

Durante estos procesos de obtención de la información nunca se dio ningún tipo de contraprestación a los participantes por su asistencia, ni al equipo logístico. Estos espacios de intercambio de saberes iniciaban con la explicación del objetivo y la metodología para el desarrollo de cada grupo focal y/o entrevista, se les preguntaba si estaban de acuerdo y que, en caso de no ser así, se podían retirar del lugar en ese momento o cuando lo desearan; de igual manera se dio claridad en la libertad de expresión. Con estas precisiones, se procedía a dar información sobre el consentimiento informado, la autorización para grabar en audio y video y sobre el diligenciamiento de la ficha sociodemográfica, todo lo anterior bajo la protección de datos y lo que la norma en Colombia al respecto establece. Con el acuerdo y voluntad sobre lo expuesto y resolviendo preguntas al respecto, se procedía a diligenciar y firmar los documentos mencionados.

El primer grupo focal se realizó con pacientes y familiares de pacientes con ACV y que fueron atendidos en la IPS. Este primer grupo contó con una asistencia de cinco participantes. El segundo grupo focal se realizó con ocho participantes, sus roles están ubicados en el nivel

de gestión operativo y táctico de la atención en salud a la persona con ACV, y todos pertenecían al área administrativa en los siguientes cargos: comunicadora corporativa, profesional universitario en la oficina de atención, analista de acceso, servicio de apoyo (vigilancia y aseo hospitalario), auditora concurrente, analista de facturación y auditoria, médico auditor y ejecutivo de autorizaciones en salud.

El tercer grupo focal se realizó con el personal clínico y operativo que presta de manera directa la atención a la persona con ACV, en este espacio asistieron nueve profesionales de las siguientes espacialidades: urgentología, neurocirugía, neurología, radiología, nutrición y dietética, médico hospitalario, psicología, enfermería y fisioterapeuta especialista en rehabilitación cardiopulmonar. El cuarto grupo se realizó con actores del sistema de salud en la función de rectoría local y departamental, líderes de la industria farmacéutica, de las aseguradoras y equipo directivo de IPS; a este grupo focal asistieron nueve participantes.

Las tres entrevistas a expertos se realizaron en las mismas condiciones que los grupos focales. La primera se realizó a la experta clínica, la cual tuvo lugar en Colombia; la segunda, fue al experto en la implementación del modelo y tuvo lugar en el Hospital Fundación Matia en San Sebastián España de manera presencial, este hospital es líder en la implementación del modelo ACP y está en avances del modelo ASBV. En este mismo país y bajo la misma modalidad se realizó la tercera al experto en análisis económico y seguimiento a costo – efectividad por paciente en el Hospital de Cruces en Bilbao, institución líder en la implementación del modelo ASBV.

La participación en algunos espacios de conocimiento, fortalecieron las guías y enfoque de los espacios conversacionales que se adelantaron en esta fase inicial y en la de validación de datos. Algunas de estas actividades fueron: el foro sobre Experiencias de Atención Basada en Valor realizado por la Unidad de Investigación e Innovación de la OSI Bilbao Basurto y el Instituto de Investigación Sanitaria Biobizkaia, en colaboración con la Unidad de Gestión del Conocimiento de la OSI Bilbao y dirigido por la Doctora Ane Fullaondo Zabala, y las Jornadas de reflexión y debate - Adecuación de las decisiones clínicas y sanitarias: dónde estamos, qué hacer. - Diálogos sobre el pasado, el presente y el futuro. Una perspectiva transversal desde diferentes disciplinas, realizadas en el Hospital de Sant Pau de Barcelona.

Las guías para los espacios conversacionales se diseñaron con base en las categorías iniciales y sus subcategorías, variando las preguntas según el grupo poblacional asistente y las preguntas a desarrollar en los dos objetivos específicos, orientados por la siguiente tabla:

Tabla 4. Categorías y subcategorías iniciales que orientaron la construcción de las guías para los espacios conversacionales de los objetivos específicos No. 3 y 4

| Categoría central de análisis | Subcategoría | Preguntas de los objetivos específicos 3 y 4 |
|---|---|---|
| I. Proceso de atención en salud | 1. Entradas y/o insumos de proceso<br>2. Procesos y procedimientos relacionados con la atención<br>3. Resultados y métricas en salud | **Objetivo específico No. 3**<br>¿Cuáles son los factores que favorecen y/o limitan la implementación de un modelo de atención en salud a partir el enfoque de la creación de valor, desde la perspectiva de los actores, sus roles y niveles de gestión y participación de estos, en la atención de personas con |
| II. La gestión en salud y sus niveles. | 4. Enfoque político de la atención en salud del ACV.<br>5. Modelo organizacional de la atención en salud del ACV | |

| Categoría central de análisis | Subcategoría | Preguntas de los objetivos específicos 3 y 4 |
|---|---|---|
| | 6. Microsistema clínico y procedimental para la atención en salud del ACV. | Accidente Cerebrovascular, en una Institución Prestadora de Servicios de salud en Colombia? |
| III. Atención en salud basada en el valor. | 7. UPI para la atención del ACV<br>8. Ciclo de atención del ACV<br>9. Red de valor para la atención del ACV<br>10. Resultados y costos por paciente<br>11. Gestión de la data de la atención en salud<br>12. Co-Creación de valor<br>13. Sistema de pago y planes incentivos y recompensas<br>14. Transparencia y referenciación competitiva<br>15. Expansión geográfica | **Objetivo específico No. 4**<br>¿Cuáles son los objetivos de valor que co-diseñados con los pacientes y demás actores participantes en el proceso de atención, orientarán la ruta estratégica y metodológica, para la atención en salud de personas con Accidente Cerebrovascular, en una Institución Prestadora de Servicios de salud en Colombia? |
| IV. Los objetivos de valor. | 16. PRO<br>17. CROMs<br>18. PROMs<br>19. PREMs | |
| V. La estrategia y su perspectiva | 20. Volumen<br>21. Valor | |

## Objetivo específico No. 5

En este objetivo, el investigador hizo uso del análisis documental para dar la respuesta a la pregunta del objetivo específico No. 5: ¿cómo sería la propuesta de pilotaje para la implementación de una ruta estratégica y metodológica para la atención a personas con Accidente Cerebrovascular (ACV), según el modelo de Atención en Salud Basada en el Valor (ASBV), en una IPS en Colombia? Al igual que en los objetivos anteriores, y manteniendo la misma metodología, se procedió a seleccionar los documentos que dieran respuesta a la pregunta, considerando su origen, relevancia, contexto y contenido.

Tabla 5. Documentación base para diseñar la estrategia y la ruta para la atención a la persona con ACV en una IPS en Colombia – Objetivo específico No. 5

| Titulo | Año de publicación |
|---|---|
| Guía para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo del ataque cerebrovascular isquémico en adultos | 2015 |
| Resumen de las recomendaciones GPC para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del ataque cerebrovascular isquémico | 2015 |
| Implementing value-based health care in Europe handbook for pioneers. | 2020 |
| Escuela del ictus online. Empoderando al paciente neurológico | 2021 |
| Ruta urgencias ACV isquémico | 2022 |
| Ruta de enfermería urgencias ACV isquémico | 2022 |
| Estrategia de valor en Osakidetza | 2023 |
| Reportes del Sistema de Información Institucional sobre atención administrativa y clínica a personas con ACV | 2024 |
| Plan de Atención a Pacientes con Ictus en Euskadi | 2024 |

Esta documentación física y electrónica se organizó y se sistematizó en bases de datos, para posteriormente realizar un análisis documental bajo el enfoque de las siguientes categorías teóricas y sus componentes.

Tabla 6. Guía de análisis documental para diseñar la estrategia y la ruta para la atención a la persona con ACV en una IPS en Colombia – Objetivo específico No. 5

| Las categorías teóricas | Los componentes analíticos |
|---|---|
| La estrategia | Cambio de paradigma y transformación organizacional<br>El significado de valor<br>La persona con ACV, su voz y saber<br>Crear valor para la persona con ACV |

| Las categorías teóricas | Los componentes analíticos |
|---|---|
| | La red de valor |
| | La co-creación |
| | La atención integral (promoción- prevención- atención - rehabilitación - reinserción) |
| | Crecimiento y desarrollo organizacional y geográfico |
| Condición médica | Cadena de valor |
| | UIP |
| | El proceso de atención centrado en el valor |
| Fuerzas internas (Cambio conceptual y transformación cultural) | Enfoque: excelencia, calidad, transparencia, eficiencia, costo-efectividad. |
| | Líderes del cambio |
| | Mapas mentales individuales y colectivos |
| | La motivación |
| | La actitud |
| | La comunicación en salud |
| Cuadro de mando | Indicadores - ciclo de atención completo (procesos - resultados -costos) CROMs-PRO-PROMs - PREMs - Satisfacción - Costos por actividad, ciclo y paciente. |
| | Mapas de procesos |
| Plataforma de datos | El dato su objetivo, función, origen, calidad y registro oportuno |
| | Lo práctico, fácil y accesible de la información |
| | La información en línea |
| | Lo holístico de la información |
| | Acceso a la persona con ACV a sus resultados en salud |
| | La Historia clínica electrónica |
| | CROMs |
| | PRO |
| | PROMs |
| | PREMs |
| Benchmarking | El desempeño transparente y comparable |
| | Las buenas prácticas y su implementación en contexto |
| | El cuadro de mando común: métricas estadísticamente comparables |

| Las categorías teóricas | Los componentes analíticos |
|---|---|
| | Lo común y comprensible del significado de lo que se compara |
| | Lo transparente, lo corrupto y la opacidad |
| Inversión | Gestión del cambio |
| | Adecuación tecnológica y humana |
| | Equipo de proyecto |
| incentivos | Planes y programas de incentivos institucional |
| | Nuevo enfoque de contratación en salud |
| | El sistema de pago agrupado |
| | El sistema de recompensa organizacional |
| Comunidad de aprendizaje | El ciclo de mejoramiento continuo (PHEA) e iterativo |
| Colaboraciones externas | Ecosistema de atención a la persona con ACV centrado en el valor |
| | Compras basadas en valor |
| La implementación como un proyecto | La fase de diseño |
| | La fase de despliegue |
| | La fase de evaluación |
| | Lo transversal |

## 5.10. Criterios de Rigor

En este apartado se enuncian aquellos aspectos y consideraciones que garantizan los estándares de calidad y fiabilidad en esta investigación. Los estándares utilizados durante el proceso de construcción del proyecto de investigación, en la fase de recolección, análisis de los datos cualitativos, y en la construcción de resultados, discusión y conclusiones tienen como objetivo asegurar que los resultados de este estudio den cuenta del fenómeno investigado, y que estos son relevantes, válidos y significativos, y que guardan coherencia lógica y argumentan la transparencia del proceso y respaldan la credibilidad de los hallazgos. Estos estándares son:

En la fase inicial de la elaboración del proyecto: I) La pregunta de investigación se diseñó a partir del contexto y realidad del investigador, su experiencia y conocimiento de la atención en salud y el vacío científico existente sobre el tema objeto del estudio; de esta manera, la pregunta planteada nace de una motivación libre y espontánea, centrada en el interés de avanzar en el mejoramiento de la atención en salud en Colombia. II) Cada uno de los apartados de este proyecto correspondió a un proceso reflexivo y argumentativo sobre el tipo de problema observado y sus características, así como el análisis de las posibles soluciones a la pregunta de investigación. III) La metodología elegida para dar respuesta a la pregunta de investigación, nació de un paradigma, unos métodos y unas técnicas de recolección y análisis de datos que el investigador y su equipo consideraron que era el más ajustado e idóneo para atender el problema planteado. Esta decisión fue libre de tendencias, intereses particulares y todo aquello de influyera y/o favoreciera una técnica y/o método específico.

En la fase de recolección y análisis de la información: IV) Se planeó y se informó desde el diseño del proyecto los documentos y datos que alimentarían la ficha de contenido para su posterior análisis. V) Para los espacios conversacionales y diálogos de saberes que se realizaron a través de grupos focales y entrevistas semiestructuradas con los actores del sistema de salud y los expertos clínicos y del modelo; el equipo de investigación construyó una guía para cada grupo focal y/o entrevista, validando que las preguntas fueran de fácil comprensión, que su contenido abarcara los ejes temáticos requeridos, y que en cada espacio conversacional las preguntas motivaran a los participantes a compartir y construir desde su saber para dar cumplimiento a lo esperado del estudio.

Estas guías fueron implementadas inicialmente en un ejercicio piloto, con el fin de ajustarlas a los espacios conversacionales. Estos diálogos fueron grabados y posteriormente transcritos, además, se realizaron pruebas de calidad para validar que lo allí transcrito reflejara lo dicho por los participantes.

El proceso de análisis de los datos cualitativos: VI) Este proceso se cumplió de acuerdo con lo dispuesto por la técnica de la teoría fundamentada para análisis de datos cualitativos, este proceso fue iterativo, sistemático y adherente al procedimiento indicado.

Durante la construcción de los resultados y las conclusiones: VII) Los resultados y las conclusiones de esta investigación son el resultado de un proceso de análisis que realizó el investigador y su equipo. Estos resultados fueron posteriormente contrastados y validados con los participantes. En este sentido, el investigador contactó de manera personal a los participantes y en nuevos espacios conversacionales se presentaron los resultados del estudio. Este ejercicio se dio en virtud de dar alcance a la "credibilidad de los datos" (256,257).

Para dar alcance a la "confirmabilidad de la investigación", los resultados y conclusiones se presentaron en una segunda instancia a los expertos, según competencia. El investigador se desempeñó y cumplió su rol en función de este alcance, de igual manera lo hizo al seleccionar los métodos de análisis y diseñar las guías de los espacios conversacionales. En este sentido, lo anterior y la toma de decisiones en el desarrollo del estudio y los argumentos que las motivaron, dan cuenta del cumplimiento de neutralidad u objetividad del proceso, de cómo se procedió para llegar a los resultados y la interpretación de los participantes.

## 5.11. Técnicas de Procesamiento y Análisis de los Datos

Esta documentación física y electrónica se organizó por bases de datos y de acuerdo con las categorías predefinidas para su análisis. Para el objetivo específico No. 1, la información de las bases de datos se organizó por componentes analíticos y variables en la ficha de contenido (247,248), lo que permitió caracterizar desde la estadística descriptiva el comportamiento de los datos. A continuación, se detalla la tabla con los componentes analíticos y las preguntas de análisis que aportaron a la caracterización del proceso de atención a la persona con ACV en una IPS en Colombia.

Tabla 7. Guía para el análisis de la ficha de contenido e información relacionada con el proceso de atención en salud a la persona con ACV en una IPS en Colombia – Objetivo específico No. 1.

| Componente analítico | Preguntas de análisis |
|---|---|
| **Estructura física - Capacidad Instalada en:**<br>Número de consultorios y/o unidades físicas de atención y su función.<br>Número de camas y su función.<br>Número de quirófanos y/o salas espaciales de intervención y su función.<br>Número de equipos, su caracterización y función.<br>Otros datos podrán ser incluidos según los hallazgos e indicaciones que se den durante esta fase del desarrollo del estudio. | ¿Cuál es la capacidad instalada que hay en la IPS destinada para la atención del ACV? |
| **Estructura ocupacional:** Indicadores de ocupación y giro. | ¿cuál es el porcentaje de ocupación y rotación de la estructura física dispuesta para atender la persona con ACV, en función de la respuesta a las |

| Componente analítico | Preguntas de análisis |
|---|---|
| | necesidades de atención a personas con ACV? |
| **La lógica del proceso:**<br>Caracterización de quienes prestan la atención.<br>Caracterización de las actividades que se dan en la atención.<br>Caracterización de quienes reciben la atención. | ¿Qué caracteriza el proceso de atención en salud a la persona con ACV, según datos de la estadística descriptiva? |
| **Indicadores de proceso**:<br>Los relacionados con la accesibilidad, calidad del dato, oportunidad, Infecciones y seguridad del paciente, riesgos, adherencia a listas de chequeo y necesidades, y los adicionales que la IPS disponga y pueda aportar a este componente. | ¿Cuáles son los indicadores del proceso de atención a la persona con ACV y sus resultados? |
| **Indicadores de resultados:**<br>Métricas asociadas a los resultados esperados posterior a la atención como satisfacción, reingresos, y los adicionales que la IPS disponga y pueda aportar a este componente. | ¿Cuáles son los indicadores de resultado de la atención a la persona con ACV y sus resultados? |
| **Estructura financiera:**<br>Datos relacionados con los costos, facturación, pagos, incentivos, análisis de costo efectividad, y los adicionales que la IPS disponga y pueda aportar a este componente. | ¿Qué caracteriza el ciclo de facturación y costos de la atención en salud a la persona con ACV, según datos de la estadística descriptiva? |

Para el objetivo específico No. 2, las categorías predefinidas para su análisis fueron:

Tabla 8. Guía de análisis documental sobre los actores que participan directa e indirectamente con el proceso de atención en salud a la persona con ACV en una IPS en Colombia – Objetivo específico No. 2.

| Categoría | subcategoría | Preguntas - Documentación de la IPS en Colombia |
|---|---|---|
| Actores | Nivel de Gestión político | 1. ¿Quiénes son los actores en los tres niveles de gestión que se relacionan directa e indirectamente, con el proceso de atención en salud a la persona con ACV? |
| Roles | Nivel de Gestión estratégico | 2. ¿Cuáles son los roles de estos actores que se relacionan directa e indirectamente, con el proceso de atención en salud a la persona con ACV? |
| Competencias | Nivel de Gestión Operativo | 3. ¿Cuáles son las competencias de estos actores que se relacionan directa e indirectamente, con el proceso de atención en salud a la persona con ACV? |

Para los objetivos específicos 1, 2 y 5 se realizó una revisión documental inicial (258), con el fin de codificar los hallazgos; para ello, se subrayaron ideas y datos relevantes que dieron respuesta a las preguntas de las subcategorías iniciales, así se procedió a su agrupación y esquematización para llegar a categorías finales que lograran dar respuesta a la pregunta base del análisis documental.

Luego se analizaron los datos y se interpretaron a través de la identificación de patrones, conexiones, relaciones y significados asociados a las categorías iniciales y las resultantes del proceso de investigación documental.

Finalmente, se presentan los resultados, según los hallazgos y conclusiones de este análisis documental (258,259).

**El proceso de análisis de los datos cualitativos en los objetivos específicos No. 3 y 4**

En esta fase, el investigador se guió por la técnica de análisis de datos cualitativos desde la perspectiva de la teoría fundamentada (260). El insumo de esta fase fue la transcripción de los grupos focales y las entrevistas, la cual se aseguró con los criterios de calidad y validez, lo que da cuenta que lo allí contenido fue lo explícitamente expresado por cada participante. Con estas transcripciones se inició la fase de microanálisis (261), lo que permitió examinar e interpretar los datos línea por línea, posterior a esto se agruparon los datos por conceptos y se clasificaron por resultados.

Del microanálisis surgieron unidades analíticas que fueron etiquetadas por su significado e interpretación. En este punto se avanzó a una codificación abierta que describía patrones comunes por los tipos de datos y su significado. El producto de este paso fue llegar a unas categorías iniciales y descriptivas sobre el patrón agrupado en las mismas, que tenía como fin empezar a dar respuesta a la pregunta de cada objetivo específico.

De lo anterior surgieron algunas categorías emergentes, y de ellas, unas hipótesis provisionales. Estas hipótesis se validaron y se analizaron las suposiciones que contenían. Este proceso se acompañó de una codificación teórica (262) que favoreció los procesos de conceptualización, clasificación y relación. En este proceso también se resaltaron aquellos textos que se consideraron por parte del investigador como una “perla” por la relevancia de este en el contexto del análisis.

Luego se avanzó a una codificación axial que permitió reagrupar estas categorías descriptivas (emergentes), en unas categorías analíticas, donde su función ya no es referir sobre lo común o la existencia de un patrón, sino que pasan a explicar y predecir desde las relaciones intrínsecas entre ellas, según los datos que contienen. De la misma manera que en el paso anterior, el propósito es dar respuesta a la pregunta del objetivo específico.

En este sentido, pero en una fase más avanzada se procede a una codificación selectiva a través de una categorización interpretativa, que permite no sólo la transformación del dato en función de la respuesta a la pregunta del objetivo específico, sino que cobra vida por la interacción con los marcos referencial y teórico, favoreciendo la interpretación, lo que en esta investigación permitió llegar a una tesis central y sus categorías subsidiarias, y lo más importante, con una respuesta a la pregunta general de la investigación.

El investigador, motivado por la rigurosidad en el análisis de los datos y lo que se debía extraer de los mismos, realizó este procedimiento con cada uno de los espacios conversaciones, los cuatro grupos focales y las tres entrevistas; para luego llegar un análisis consolidado. Esto permitió llegar a un enfoque integral, y a su vez, hizo posible organizar la información cualitativa disponible en ese momento. Este proceso se adelantó de manera manual en Excel.

El hecho de descomponer los datos, pasar por la creación de categorías simples, y de allí entresacar los datos para formular nuevas preguntas y llegar a nuevos niveles de interpretación, favoreció un seguimiento más minucioso y detallado, y su impacto fue

comprender ese saber de quienes participaron y cómo su voz se reconoce y se ancla a los resultados de la investigación, dando forma a una nueva manera de atender en salud a la persona con ACV, bajo la creación de valor.

**La validación de los datos y lo iterativo de la investigación**

Posterior a este proceso, con un análisis de datos cualitativo riguroso, unas categorías saturadas, la propuesta de una categoría base, sus categorías subsidiarias y la multi relación entre todos estos resultados; se procedió a validar los datos obtenidos con los participantes. Este proceso tenía como objetivo llegar a una tesis central y sus categorías subsidiarias definitivas; para ello, se procedió a diseñar una nueva guía de preguntas, y con el aval de la tutora se aplicó a algunos participantes representantes de los grupos poblacionales que habían participado, así como a los expertos.

El proceso de los nuevos espacios conversacionales, así como el análisis de los nuevos datos cualitativos, se realizó de la misma manera ya expuesta, lo que permitió llegar a una tesis central y sus categorías subsidiarias definitivas, así como las relaciones entre todas ellas; esto da cuenta de que la información allí contenida, expresaba el saber de cada participante y su voz se veía reflejada en estos resultados.

De responder la pregunta del objetivo específico número 5, nació una propuesta en contexto para poner en marcha la implementación de lo estratégico y la ruta de valor para la atención a la persona con ACV en una IPS en Colombia. La propuesta se fundamentó en la estructura teórica y el análisis documental del mismo objetivo, y se sumaron la voz del paciente y demás actores que participaron en los espacios conversacionales, lo que permitió que esta propuesta

fuese incluyente y adaptada a un contexto institucional y organizacional del sistema de salud en Colombia y sus actores. Esta propuesta es aspiracional, pero centrada en una lógica interna y externa de la gestión en salud, que puede ser una opción para iniciar una transformación que necesita la salud en Colombia, y, por consiguiente, su actor central que es el paciente, revestido de las características de ser una persona empoderada y capaz de tomar decisiones en los procesos de atención en salud.

En este sentido, pero con la claridad de que esta propuesta debía ser revisada por expertos en los procesos de implementación, el investigador realizó una entrevista semiestructurada donde presentó la propuesta a una neuróloga experta en el manejo del ACV bajo el modelo de ASBV en España, la cual brindó orientación y ajustes a lo propuesto. De igual manera, el investigador envió para su revisión y ajuste los resultados del objetivo específico No. 5 al Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS), en Buenos Aires (Argentina), en el marco del curso "Gestión clínica basada en el valor", con una duración de 128 horas (seis meses), el cuál fue realizado por el investigador, donde su producto final fue esta propuesta, y sobre la cual esta institución experta en la temática realizó ajustes a la ruta final que se presenta a la IPS en Colombia. Estos recursos de validación, no sólo aportan a una mejor construcción, también dan cuenta de un criterio de rigor que fortalece la validez científica de lo allí descrito.

## 5.12. Consideraciones Éticas

Según acta 224, el Comité Institucional de Ética de Investigación en Humanos de la Universidad CES, el 25 de junio de 2023, en su sesión 224, después de someter a consideración con sus siete miembros, consideró aprobar el inicio del proyecto de

investigación No. 1122, que tenía por nombre en su momento: “La atención en salud basada en el valor (ASBV); una construcción entre lo ideal y lo real desde la prestación de servicios de salud en Colombia a personas con accidente cerebrovascular (ACV)”. Este proyecto está adscrito a Grupo de Investigación Observatorio de la Salud Pública.

Esta aprobación se da en virtud de que el proyecto se ciñe a los principios éticos que regulan la investigación en humanos y la idoneidad y competencias del equipo investigador para desarrollar el estudio bajo criterios de validez y confiabilidad

Las consideraciones éticas del estudio se fundamentaron en dos referentes principales: los siete requisitos éticos de Ezekiel J. Emanuel y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, ambos alineados con los principios bioéticos de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, y con los lineamientos internacionales del Informe Belmont, el CIOMS, el Código de Núremberg y la Declaración de Helsinki.

1. Valor social y científico: La investigación tiene una clara relevancia social, pues busca proponer estrategias que mejoren el acceso, la calidad y la eficiencia en la atención de personas con accidente cerebrovascular (ACV), centrando la atención en el paciente y sus resultados en salud. Su impacto esperado es optimizar los procesos clínicos y administrativos de la IPS en Colombia y contribuir al bienestar de los pacientes, sus familias y la comunidad.

2. Validez científica: El estudio adopta un enfoque de la teoría crítica basado, un marco interpretativo basado en la IAP y un abordaje a través de un estudio de caso intrínseco.

Las técnicas de recolección de datos a través de los espacios conversacionales y el para el análisis de los datos cualitativos se hizo uso de las herramientas que ofrece la teoría fundamentada. Por medio de estos recursos se busca aportar evidencia sobre la medición y aplicación de la creación en valor en salud, un concepto aún poco desarrollado en el contexto colombiano.

3. Selección equitativa de los participantes: La selección fue justa y transparente, involucrando directivos, profesionales de salud, pacientes, acompañantes y actores externos (aseguradoras y proveedores) con criterios definidos por servicio y diagnóstico de ACV. Todos firmaron consentimiento informado, garantizando su participación libre y voluntaria, sin ningún tipo de coerción o retribución económica.

4. Relación riesgo/beneficio favorable: De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993, se clasifica como una investigación de riesgo mínimo. El único riesgo posible es emocional, por insatisfacción con los servicios, para lo cual se estableció apoyo psicológico institucional. Los beneficios se relacionan con la mejora futura en la atención, los resultados en salud y la eficiencia institucional.

5. Evaluación independiente: El estudio fue evaluado por el comité tutorial, los comités de ética de la universidad y de la IPS en Colombia, los cuales actuaron con independencia, garantizando el rigor y la transparencia ética del proceso.

6. Consentimiento informado: Se elaboraron protocolos y formatos específicos que explican los objetivos, riesgos, beneficios y derechos de los participantes, conforme a

los artículos 14, 15 y 16 de la Resolución 8430 de 1993. Se garantiza la autonomía, confidencialidad (Ley 1581 de 2012) y derecho a retirarse del estudio sin perjuicio alguno. Los participantes fueron codificados para proteger su identidad, y toda la información será destruida según la normativa vigente.

7. Respeto por los participantes: Se asegura el respeto por la autonomía, la protección de datos, la comunicación transparente de resultados y el bienestar continuo de los participantes. Se les informará sobre los avances y conclusiones del estudio, reconociendo su aporte en el desarrollo de un modelo de atención centrado en el valor.

En consideración con la resolución 8430 de 1993, el consentimiento informado dará cuenta de lo determinado en los artículos 14, 15 y 16, los cual se acogió en los lineamientos para el diseño y aplicación del documento. Los componentes citados en la norma y adaptados al estudio son:

Diseño de la propuesta de una ruta estratégica y metodológica a través de la participación, que permita reorientar la atención en salud de personas con ACV desde el enfoque de la ASBV, promoviendo la centralidad del paciente, la mejora de los resultados en salud y la eficiencia institucional.

El estudio utilizó entrevistas semiestructuradas y grupos focales con funcionarios, pacientes, acompañantes, aseguradoras y proveedores, para comprender el significado de la creación de valor en salud. No incluyó procedimientos experimentales.

El único riesgo identificado fue las posibles reacciones emocionales derivadas de experiencias negativas con los servicios de salud, para lo cual se dispone de acompañamiento psicológico institucional.

Entre los beneficios, se destacó la posibilidad de participar en la formulación e implementación de un modelo de atención centrado en el valor, orientado a mejorar resultados clínicos y optimizar recursos. No existen procedimientos alternativos aplicables.

El investigador garantizó transparencia, acompañamiento y disposición para resolver dudas sobre procedimientos, riesgos y beneficios, así como la libertad de los participantes para retirarse del estudio en cualquier momento sin afectar su atención médica.

Se aseguró la confidencialidad y protección de los datos personales, conforme a la Ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias. La información recolectada se usará exclusivamente para esta investigación y será destruida una vez finalice, con soporte documental. Los participantes fueron identificados mediante códigos para evitar sesgos o temores.

Durante el desarrollo del estudio, los participantes pudieron solicitar información actualizada sobre el avance de la investigación. No se generaron riesgos asociados a afectaciones físicas o psicológicas.

Acta de aprobación del Comité de Investigación en Humanos de la Universidad CES

*Acta 224*
*Proyecto 1122 "La atención en salud basada en el valor (ASBV); una construcción entre lo ideal y lo real desde la prestación de servicios de salud en Colombia a personas con accidente cerebrovascular (ACV)".*

UNIVERSIDAD CES
Un compromiso con la excelencia
Dirección de Investigación e Innovación

Medellín, 26 de junio de 2023

Doctor
**FABIÁN ALONSO GUTIÉRREZ BUILES**
gutierrez.fabian@uces.edu.co
Investigador principal

El Comité Institucional de Ética de Investigación en Humanos de la Universidad CES, en su sesión número 224 del 5 de junio de 2023, sometió a consideración el proyecto *"La atención en salud basada en el valor (ASBV); una construcción entre lo ideal y lo real desde la prestación de servicios de salud en Colombia a personas con accidente cerebrovascular (ACV)"*, cuyos investigadores son Fabián Alonso Gutiérrez Builes, Piedad Roldán Jaramillo y Gino Montenegro Martínez, proyecto adscrito a Grupo de Investigación Observatorio de la Salud Pública.

El Comité está conformado por siete (7) miembros. En la revisión y concepto, participaron los siguientes miembros del Comité Institucional de Ética en Investigación en Humanos de la Universidad CES:

- Doctora Liliana María Upegui Tavera, presidente.
- Doctora Natalia Yepes Jiménez, suplente entrenamiento en investigación.
- Doctora Mónica María Massaro Ceballos, médica epidemióloga.
- Doctora Erika Obando, química farmacéutica.
- Doctor John Wilson Osorio, representante de la comunidad, experto en bioética.
- Doctor José Santiago Rendón Vera, abogado.

De acuerdo con el Manual Operativo del Comité Institucional de Ética en Investigación en Humanos de la Universidad CES, en su versión 04 del 22 de marzo de 2022 se describe a continuación el quorum necesario para sesionar y deliberar:

El Comité Institucional de Ética en Investigación en Humanos sesionará y deliberará con mínimo cinco (5) de sus miembros y debe estar presente al menos uno (1) de los miembros que representan disciplinas diferentes a las ciencias de la salud.

Certificamos que el Comité Institucional de Ética en Investigación en Humanos, y sus miembros, se comprometen a cumplir con las Normas de Buenas Prácticas Clínicas, la normatividad vigente Internacional (Helsinki con sus respectivas actualizaciones, CIOMS, OMS, Belmont) y Nacional (Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 y 2378 del 27 junio de 2008 del Ministerio de Protección Social).

**CONCEPTO:**

El Comité Institucional de Ética en Investigación en Humanos de la Universidad CES agradece el envío de la documentación con las modificaciones solicitadas y luego de revisarlas, **aprueba** el proyecto para que inicie su ejecución, ya que este está ceñido a los principios éticos que regulan la investigación en seres humanos y el equipo de investigación es idóneo para desarrollar el proyecto de acuerdo con los principios de validez y confiabilidad.

Es responsabilidad del Comité Institucional de Ética en Investigación en Humanos, garantizar elcumplimiento de los compromisos éticos establecidos en el protocolo del proyecto aprobado. En virtud de lo anterior, la investigadora principal se compromete a:



www.ces.edu.co Calle 10 A N° 22-04 A.A. 054 591 Conmutador 444 05 55 Fax 266 60 46 NIT 890.984.002-6 Medellín / Colombia

- Notificar oportunamente al Comité: los eventos adversos serios que ocurran, las desviaciones mayores, las fallas en la aplicación de las buenas prácticas clínicas, las violaciones a las normas que regulan el ejercicio de la actividad científica, las denunciasque hagan personas, participantes o no en el estudio, sobre fallas en la protección de los derechos o el bienestar de las personas, alertas sobre posibles fraudes o mala conducta científica en el estudio.
- Entregar a cada participante una copia del documento de consentimiento que haya firmado.
- Si el Comité los considerara conveniente, solicitará al investigador una copia del formato de entrega del consentimiento informado.
- Garantizar que no haya entre ellos y los testigos que firman el consentimiento informado, relaciones de primer grado de afinidad, segundo civil o cuarto de consanguinidad. De ello dejarán constancia en el mismo documento.

Además, El Comité Institucional de Ética en Investigación en Humanos, podrá:

- Realizar con el apoyo de sus miembros o de personas con experiencia e idoneidad, visitas de supervisión a los proyectos en proceso de realización con el fin de verificar elcumplimiento de los compromisos éticos.
- Solicitar la suspensión temporal o definitiva del proyecto cuando concluya que los investigadores o los patrocinadores han incurrido en una falta grave a los principios y compromisos éticos durante la realización del proyecto. Cuando sea necesario, elComité notificará a la autoridad de salud que le corresponda conocer la situación.
- Se adjunta a esta comunicación, la versión final aprobada del consentimiento informado, esta es la versión que deberá utilizarse en el desarrollo de la investigación.

Cualquier modificación que se haga deberá ser informada al Comité de Investigación e Innovación de la Facultad, y avalada por el Comité Institucional de Ética en Investigación en Humanos de la Universidad CES antes de su aplicación. De no ser así, será considerada una violación ética en el desarrollo de la investigación. **Solicitamos enviar notificación al Comité de Ética al finalizar el proyecto de investigación.**

Cordialmente,

**LILIANA MARÍA UPEGUI TAVERA**
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación en Humanos
comiteeticahumanos@ces.edu.co

Con copia a: Bibiana Andrea Castro Montoya, Coordinadora Investigación e Innovación, Escuela de graduados, bcastro@ces.edu.co

# 6. RESULTADOS

Este apartado se desarrollará a través de 5 capítulos, donde se abordarán los resultados por cada objetivo específico. Cada objetivo específico corresponde a una categoría subsidiaria y a su vez a una pregunta, la cual se responde según el procedimiento metodológico especificado anteriormente. A continuación, se grafican las categorías subsidiarias y la tesis central con unas categorías intermedias que relacionan entre si todas las categorías y la tesis central.

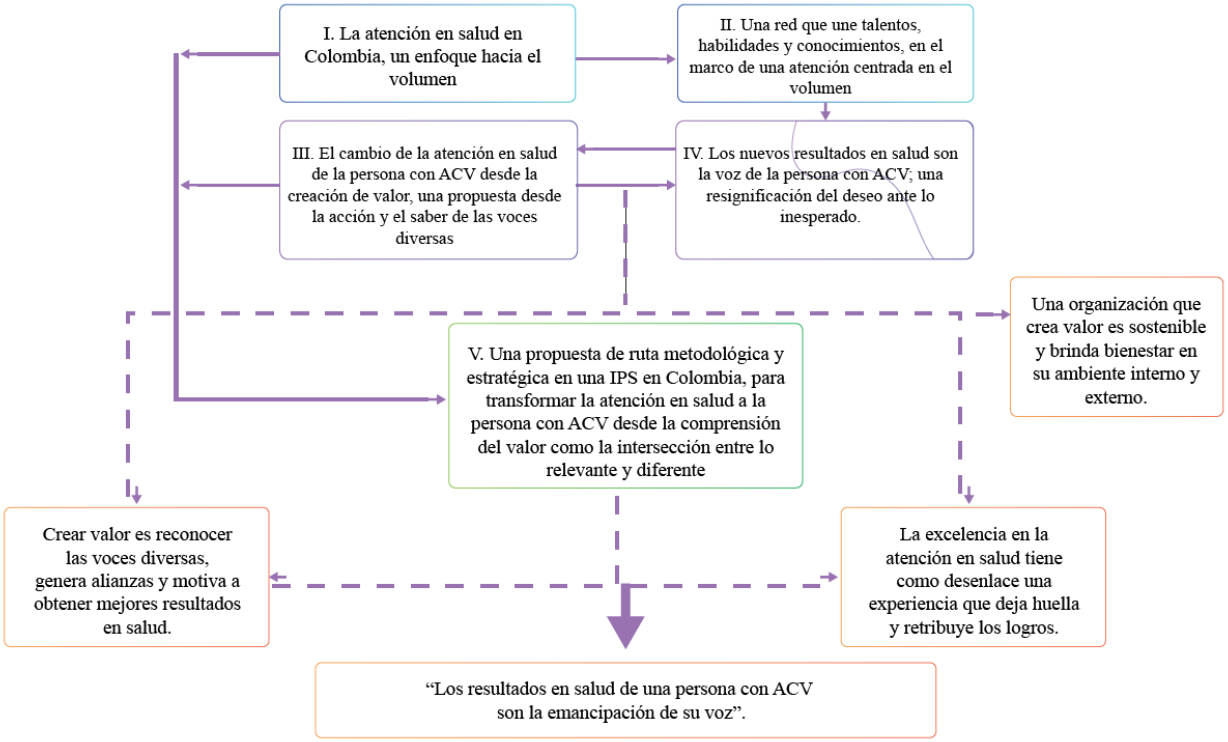


Figura 11. Las categorías, el eje de los resultados y su tesis central.

## 6.1. La Atención en Salud en Colombia, un Enfoque hacia el Volumen

En este apartado se detallan los hallazgos que caracterizan el proceso de atención en salud de personas con Accidente Cerebrovascular, en una Institución Prestadora de Servicios de

salud en Colombia; desde su lógica interna y especifica. Su abordaje se hará de lo general a lo particular, describiendo los resultados por los niveles de gestión y acción.

### 6.1.1. La gestión en salud en los niveles macro, meso y micro.

El ACV, por su comportamiento epidemiológico en Colombia (11,31,263) es un problema de la Salud Pública, y por consiguiente, la atención en salud es un factor que aporta a dicha problemática (264). En este sentido, la documentación analizada, da cuenta de cómo iniciativas normativas han proyectado el ACV como una condición médica que debe ser vista como una enfermedad de la salud pública en Colombia, y, por consiguiente, su atención y lo que se deriva de ella debe tener un tratamiento diferente al que en la actualidad se encuentra establecido. De esto da cuenta el proyecto de ley 017 de 2020, cuando refiere:

> (OE1D12-1):
>
> "Por eso esta iniciativa legislativa pretende que las enfermedades cerebrovasculares se eleven a categoría de enfermedad de salud pública, con el fin de poder mejorar la atención, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de los pacientes con accidentes cerebrovasculares".

Por lo anterior, la atención en salud, sus procesos y resultados de la gestión y tratamiento del ACV, en la actualidad se consideran objeto de mejoramiento y se considera que esto puede impactar en la salud y calidad de vida de las personas, comunidades y población en general en Colombia. Bajo esta perspectiva, el proyecto de ley 017 de 2020 refiere:

> (OE1D12-2):

> “Mejorar la atención que los pacientes de ACV reciben cuando llegan por primera vez a una unidad de urgencias; acceder a un diagnóstico certero y rápido que permita, posteriormente, un tratamiento oportuno y así maximizar las posibilidades de preservar la vida y proteger el derecho fundamental a la salud”.

De esta manera, reenfocar la atención en salud en la búsqueda de mejorar sus procesos y resultados, será un hecho visible de la protección al derecho fundamental a la salud, ya sea para el ACV o cualquier otra enfermedad y/o condición médica. De esta manera, la Salud Pública desde su perspectiva de acción(265), responsabiliza a la gestión en salud en Colombia como operador de esa estrategia de protección (127), para que se garantice la accesibilidad, oportunidad, eficacia, eficiencia, calidad y calidez en los procesos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

Así se garantiza que los resultados en salud sean coherentes con los resultados de los indicadores que la norma ha dispuesto para tal fin, velando porque la atención en salud no se fragmente. Esta estrategia consciente y racional que deben tomar los actores del sistema de salud en Colombia es una ruta prospectiva e integral que une la gestión, la atención y los resultados en salud bajo un único enfoque que integra ambientes y niveles de gestión y acción institucional y organizacional del sistema, con la finalidad de favorecer la salud de la población colombiana (65), tal como lo expresa la Ley 1751 de 2015.

(OE1D7-3):

> "El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud".

De esta manera, la salud como derecho se materializa en la prestación de los servicios de salud, siendo esta una consecuencia de la acción conjunta y articulada de varios actores desde sus roles y competencias; no obstante, el servicio se convierte en un momento de verdad, principalmente en las IPS, a través de la experiencia de la atención y sus momentos transaccionales de servicios y tecnologías para atender los procesos de salud y enfermedad. Bajo esta perspectiva, las IPS deben encarar y encausar las necesidades y expectativas de los pacientes durante todo el ciclo de salud, según lo dicho por la Ley 1751 de 2015.

(OE1D7-4):

> "El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas"

Según lo anterior, los prestadores de servicios de salud y su red pública y privada, deben asegurar sus procesos desde la perspectiva funcional con sus componentes primario y complementario, para de esta manera atender a sus usuarios, garantizando la atención y los mejores resultados en salud. Sin olvidar que son instituciones autónomas administrativa y financieramente, y deben ser gestores de resultados sociales y económicos, una obligación

de bi-rentabilidad en el actual marco político, estratégico y normativo de la salud en Colombia.

Por lo anterior, la acción de las IPS según la política de atención integral y territorial debe enfocarse en liderar esas estrategias que sirvan de vía para alcanzar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. Este resultado del análisis documental, lo confirma la actual norma que rige en Colombia sobre la Política de Atención Integral en Salud, consagrada en la Resolución 429 de 2016, donde se expresa:

> (OE1D9-5)
>
> "Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud. Una Red Integral de Prestación de Servicios (RED) se define como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial, definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutiva a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud".

Para esta investigación, la consecuencia de unir la condición médica del estudio que es el ACV y su marco normativo, permitió explorar las normas y lineamientos que enfocan la

gestión del riesgo cardiovascular y metabólico, y su relación con la atención en salud, lo que arrojó como resultado que los lineamientos y herramientas dividen a la población en dos grupos de edad, los mayores y menores de 18 años, dejando sin lineamientos emitidos por el Estado, a la población menor. Por lo demás, la población mayor a los 18 años dispone de dos lineamientos importantes para el manejo de la atención en salud y gestión del riesgo para esta enfermedad, uno es la "Guía para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo del ataque cerebrovascular isquémico en adultos" y el otro, los "Lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención en salud para personas con riesgo o presencia de alteraciones cardio-cerebro-vascular-metabólicas manifiestas".

Desde una perspectiva de la promoción y prevención de los riesgos metabólicos y cardiovasculares, en el año 2022 se establecieron unas intervenciones colectivas e individuales, en el marco de la acción de la salud pública, para evitar la mortalidad prematura y favorecer la salud en la parte cardiovascular, renal y metabólica. En este sentido, las IPS deben aportar a los resultados de impacto esperados con estas intervenciones, que se refieren a la disminución de la mortalidad por estos motivos y que incluyen el ACV, tal como lo expresa el siguiente documento:

> (OE1D13-6)
>
> "Disminución de la mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares entre la población de 30-69 años".

Por el momento, y con este análisis documental, se puede concluir que el ACV tiene un abordaje desde el Estado, y con un enfoque preventivo, una serie de intervenciones dentro

del sistema y con la participación de varios actores para la población mayor a 18 años, y para la atención aguda y subaguda del ACV, una guía para uno de los tipos de ACV, que al momento tiene referido la literatura científica sobre esta enfermedad.

En el contexto de la IPS en Colombia, donde se observa el caso de la atención en salud a la persona con ACV, su enfoque estratégico refiere que está centrado en la persona y en la excelencia, además de la creación de valor, tal como se documenta en la planeación estratégica institucional al momento de realizar esta investigación:

(OE1D6-7)

En su estrategia global establece que: "nos consolidaremos como institución de alta complejidad con un modelo integral de atención centrado en el ser humano y orientado a la excelencia y la diversificación constante de servicios, con enfoque de gestión sostenible, responsabilidad social, innovación y generación de conocimiento".

(OE1D6-8)

En su línea estratégica No. 3 refiere: "*Gobernabilidad, sostenibilidad y creación de valor*: Orientar a la organización como empresa socialmente responsable hacia una gestión eficaz y eficiente que genere valor en sus partes interesadas, manteniendo la sostenibilidad y rentabilidad financiera mediante estrategias que conlleven a la optimización de los recursos, la conquista de nuevos mercados y el mejoramiento continuo de la operación institucional".

De acuerdo con el recorrido documental realizado hasta el momento y su análisis, se puede concluir que la gestión en salud para la atención del ACV, desde su perspectiva teórica, guarda un enfoque que promueve estilos de vida saludable para evitar este evento y sus desenlaces y busca prevenir su materialización desde la morbilidad y la mortalidad. Adicionalmente, se cuenta con guías para su atención aguda, subaguda, rehabilitación y manejo del desenlace, lo que incluye manejo paliativo. Sus lineamientos y guías no incluyen a toda la población y todos los tipos de ACV y deja claro que la bi-rentabilidad es un factor clave de éxito para el sostenimiento y desarrollo institucional y organizacional. De igual forma, expresa que estas iniciativas son un compromiso con el mejoramiento de la salud, su atención y resultados, y que estas acciones desde la salud pública son una actuación en virtud de dar cumplimiento al goce efectivo de la salud como un derecho fundamental.

En la IPS, de igual manera, los propósitos y búsqueda es igual, donde la atención en salud es una estrategia dotada de calidad, excelencia, creación de valor y demás aspectos positivos que revisten una condición ideal para la prestación de servicios de salud acorde con lo establecido en los niveles meso y macro, así como unos resultados en salud que favorecen el bienestar personal y social de quien acude a sus instalaciones, y en el mismo sentido, su gestión para ser financieramente sostenibles y perdurables. Tal como lo expresa su misión organizacional:

(OE1D6-9)

“Somos una institución prestadora de servicios de salud con énfasis en la alta complejidad, caracterizado por su calidad técnica e innovación y su compromiso con el ser humano, que cuenta con un capital humano que enfoca sus esfuerzos al bienestar del

paciente, el mejoramiento continuo y la responsabilidad económica y social de la organización".

### 6.1.2. De lo teórico a lo práctico: el proceso de atención en salud en la IPS en Colombia.

El proceso de atención en salud tiene como insumo la necesidad de atender de forma ambulatoria, urgente y/o emergente a la persona con ACV o quien padece las secuelas de este. Para este caso, el enfoque es la atención aguda, subaguda y rehabilitación después del evento. Esta caracterización se da según los datos evidenciados en la ficha de contenido y las bases de datos y su sistema de información, y con el apoyo de la estadística descriptiva.

El evento objeto de esta tesis, se caracterizó entre el 1 de enero y el 30 de diciembre de 2024. En este año, egresaron del servicio de hospitalización 290 personas con diagnóstico de egreso principal de ACV. Estos egresos representan el 2% del total de los egresos del servicio de hospitalización. Se puede estimar de manera lineal que aproximadamente 1 persona egresaba cada 2 días en promedio durante el año, considerando como egreso el alta hospitalaria o la muerte de la persona.

La caracterización socio-demográfica de quienes sufrieron el evento fue así: por sexo, el 52.07% fueron mujeres y 47,93% hombres. El comportamiento por grupos de edad es el siguiente:

Tabla 9. Comportamiento del ACV por grupos de edad

| Edad | Total | % |
|---|---|---|
| de 0 a 5 años | 1 | 0,34% |
| de 6 a 30 años | 4 | 1,38% |
| de 31 a 50 años | 14 | 4,83% |
| de 51 a 60 años | 38 | 13,10% |
| de 61 a 70 años | 58 | 20,00% |
| de 71 a 80 años | 80 | 27,59% |
| de 81 y más años | 95 | 32,76% |
| **Total general** | **290** | **100%** |

Fuente: Sistema de información institucional de la IPS

Tabla 10. Comportamiento del ACV por escolaridad

| Escolaridad | Total | % |
|---|---|---|
| Ninguno | 16 | 5,52% |
| Básica Primaria | 160 | 55,17% |
| Básica Secundaria | 75 | 25,86% |
| Técnica Profesional | 12 | 4,14% |
| Tecnológica | 4 | 1,38% |
| Profesional | 23 | 7,93% |
| **Total general** | **290** | **100%** |

Fuente: Sistema de información institucional de la IPS

Tabla 11. Comportamiento del ACV por ocupación

| Ocupación | Total | % |
|---|---|---|
| Ama de casa | 103 | 35,52% |
| Empleado | 61 | 21,03% |
| Desempleado | 44 | 15,17% |
| Pensionado | 81 | 27,93% |
| Estudiante | 1 | 0,34% |
| **Total general** | **290** | **100%** |

Fuente: Sistema de información institucional de la IPS

De las personas que ingresaron para la atención en salud por ACV, su procedencia fue del municipio de Envigado 107 personas que representan el 36,8%, ciudad donde se encuentra

ubicada la IPS, y de otros municipios de Antioquia fueron 183 personas que representan el 63,2%.

La IPS, dispone de un proceso de atención clínico para el ACV, que se basa en la GPC (Guía No. 54) publicada por el Ministerio de Salud en el 2015 y su esquema de atención se basa en el siguiente esquema:

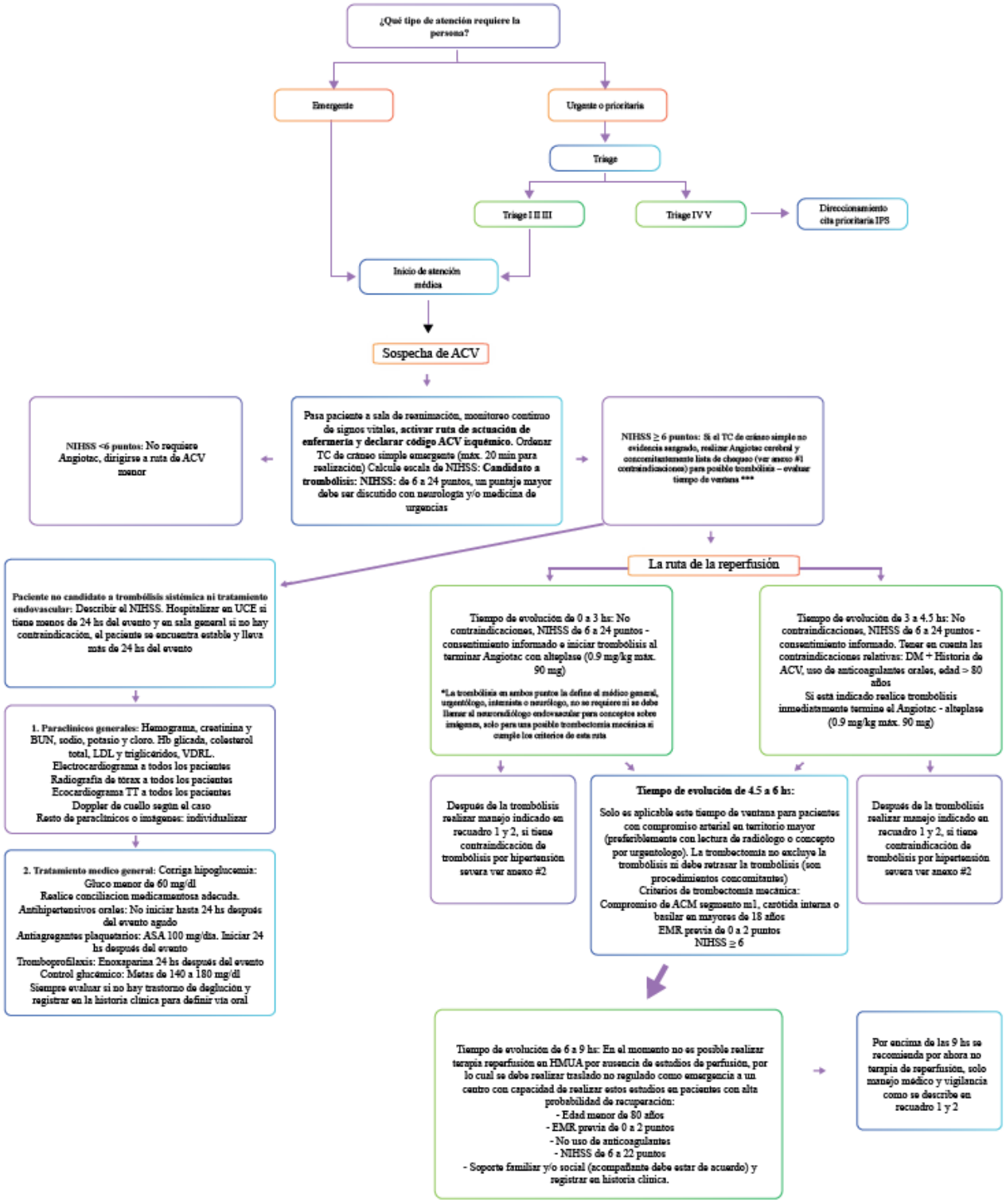
¿Qué tipo de atención requiere la persona?
Emergente
Urgente o prioritaria
Triage
Triage I II III
Triage IV V
Direccionamiento cita prioritaria IPS
Inicio de atención médica
Sospecha de ACV
NIHSS <6 puntos: No requiere Angiotac, dirigirse a ruta de ACV menor
Pasa paciente a sala de reanimación, monitoreo continuo de signos vitales, activar ruta de actuación de enfermería y declarar código ACV isquémico. Ordenar TC de cráneo simple emergente (máx. 20 min para realización) Calcule escala de NIHSS: Candidato a trombólisis: NIHSS: de 6 a 24 puntos, un puntaje mayor debe ser discutido con neurología y/o medicina de urgencias
NIHSS ≥ 6 puntos: Si el TC de cráneo simple no evidencia sangrado, realizar Angiotac cerebral y concomitantemente lista de chequeo (ver anexo #1 contraindicaciones) para posible trombólisis – evaluar tiempo de ventana ***
Paciente no candidato a trombólisis sistémica ni tratamiento endovascular: Describir el NIHSS. Hospitalizar en UCE si tiene menos de 24 hs del evento y en sala general si no hay contraindicación, el paciente se encuentra estable y lleva más de 24 hs del evento
1. Paraclínicos generales: Hemograma, creatinina y BUN, sodio, potasio y cloro. Hb glicada, colesterol total, LDL y triglicéridos, VDRL.
Electrocardiograma a todos los pacientes
Radiografía de tórax a todos los pacientes
Ecocardiograma TT a todos los pacientes
Doppler de cuello según el caso
Resto de paraclínicos o imágenes: individualizar
2. Tratamiento medico general: Corriga hipoglucemia: Gluco menor de 60 mg/dl
Realice conciliacion medicamentosa adecuda.
Antihipertensivos orales: No iniciar hasta 24 hs después del evento agudo
Antiagregantes plaquetarios: ASA 100 mg/día. Iniciar 24 hs después del evento
Tromboprofilaxis: Enoxaparina 24 hs después del evento
Control glucémico: Metas de 140 a 180 mg/dl
Siempre evaluar si no hay trastorno de deglución y registrar en la historia clínica para definir vía oral
La ruta de la reperfusión
Tiempo de evolución de 0 a 3 hs: No contraindicaciones, NIHSS de 6 a 24 puntos - consentimiento informado e iniciar trombólisis al terminar Angiotac con alteplase (0.9 mg/kg máx. 90 mg)
*La trombólisis en ambos puntos la define el médico general, urgentólogo, internista o neurólogo, no se requiere ni se debe llamar al neuroradiólogo endovascular para conceptos sobre imágenes, solo para una posible trombectomía mecánica si cumple los criterios de esta ruta
Tiempo de evolución de 3 a 4.5 hs: No contraindicaciones, NIHSS de 6 a 24 puntos - consentimiento informado. Tener en cuenta las contraindicaciones relativas: DM + Historia de ACV, uso de anticoagulantes orales, edad > 80 años
Si está indicado realice trombólisis inmediatamente termine el Angiotac - alteplase (0.9 mg/kg máx. 90 mg)
Después de la trombólisis realizar manejo indicado en recuadro 1 y 2, si tiene contraindicación de trombólisis por hipertensión severa ver anexo #2
Tiempo de evolución de 4.5 a 6 hs:
Solo es aplicable este tiempo de ventana para pacientes con compromiso arterial en territorio mayor (preferiblemente con lectura de radiólogo o concepto por urgentólogo). La trombectomía no excluye la trombólisis ni debe retrasar la trombólisis (son procedimientos concomitantes)
Criterios de trombectomía mecánica:
Compromiso de ACM segmento m1, carótida interna o basilar en mayores de 18 años
EMR previa de 0 a 2 puntos
NIHSS ≥ 6
Después de la trombólisis realizar manejo indicado en recuadro 1 y 2, si tiene contraindicación de trombólisis por hipertensión severa ver anexo #2
Tiempo de evolución de 6 a 9 hs: En el momento no es posible realizar terapia reperfusión en HMUA por ausencia de estudios de perfusión, por lo cual se debe realizar traslado no regulado como emergencia a un centro con capacidad de realizar estos estudios en pacientes con alta probabilidad de recuperación:
- Edad menor de 80 años
- EMR previa de 0 a 2 puntos
- No uso de anticoagulantes
- NIHSS de 6 a 22 puntos
- Soporte familiar y/o social (acompañante debe estar de acuerdo) y registrar en historia clínica.
Por encima de las 9 hs se recomienda por ahora no terapia de reperfusión, solo manejo médico y vigilancia como se describe en recuadro 1 y 2

Figura 12. Flujo del proceso de atención a la persona con ACV en una IPS en Colombia.

Las características clínicas con las que ingresaron estas personas fueron:

Tabla 12. Diagnósticos Pareto por egreso hospitalario

| Diagnóstico | Total | % |
|---|---|---|
| I679-Enfermedad Cerebrovascular, No Especificada | 179 | 61,72% |
| I64X-Acc Vascular Encefálico Agudo, No Especificado Como Hemorrágico o Isquémico (En Estudio) | 22 | 7,59% |
| I678-Otras Enfermedades Cerebrovasculares Especificadas (En Estudio) | 21 | 7,24% |
| I612-Hemorragia Intracerebral en hemisferio, No Especificada | 17 | 5,86% |
| Otros diagnósticos relacionados con ACV | 51 | 17,59% |
| **Total general** | **290** | **100%** |

Fuente: Sistema de información institucional de la IPS

Al ingreso del paciente se le practica una prueba de glucometría; este examen tiene un resultado en ayunas con tendencia a la normalidad si está en un intervalo entre 70 y 100 mg/dL (3.9 y 5.5 mmol/L) (266). Según datos institucionales, el comportamiento de esta prueba evidenció que 177 personas tenían niveles superiores a 100 mg/dl, representando el 61,03%, y por debajo de ese nivel se encontraron 55 personas, con una participación del 18,97%. No hay registro de este dato en 58 personas que representan el 20%. De igual manera, en la prueba de presión arterial que se realizó a algunas personas, según registros de datos clínicos en su ingreso, el 95% de las personas evaluadas presentaron alguna alteración; esta distribución porcentual se da en comparación con los valores técnicos establecidos de normalidad (124).

A continuación, se presenta un informe de cobertura de atención que contiene puntos de análisis clave para caracterizar el proceso de atención.

Tabla 13. Datos clínicos de cobertura de atención

| Tipo de cobertura | SI | % | NO | % | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| **Enfoque – diagnóstico, severidad y desenlaces** | | | | | |
| Realización de prueba de presión arterial | 274 | 94,5% | 16 | 5,5% | 290 |
| Diagnóstico radiológico | 267 | 92,1% | 23 | 7,9% | 290 |
| Escala NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) | 147 | 50,7% | 143 | 49,3% | 290 |
| **Análisis de tiempo para brindar tratamiento** | | | | | |
| Tiempo de ventana | 49 | 16,9% | 241 | 83,1% | 290 |
| **Tipos de tratamiento** | | | | | |
| Trombólisis | 28 | 9,7% | 262 | 90,3% | 290 |
| Trombectomía | 6 | 2,1% | 284 | 97,9% | 290 |
| **Cobertura por equipo clínico base** | | | | | |
| Urgentología | 163 | 56,2% | 127 | 43,8% | 290 |
| Nutrición | 62 | 21,4% | 228 | 78,6% | 290 |
| Fisioterapia | 99 | 34,1% | 191 | 65,9% | 290 |
| Psicología | 32 | 11,0% | 258 | 89,0% | 290 |

Fuente: Sistema de información institucional de la IPS

Al aplicar la escala de NIHSS (124) en las personas que fueron atendidas en el servicio de urgencias de la IPS por ACV durante el 2024, se identificó que el evento era de gran severidad (NIHSS >12) en 200 personas, lo que representa un 68,97% y con menor severidad en 90 personas, representado el 31,03%.

Se estima que en promedio a la IPS ingresaron mensualmente 24 pacientes y los meses de más flujo fueron, en su orden, enero con una participación del 16,21%, le siguen septiembre y agosto con un promedio de participación del 13%. Desde la perspectiva de la productividad

en una IPS pública(267), se puede destacar que estas 290 personas tuvieron una estancia hospitalaria total de 1944 días, su estancia promedio fue de 6.7 días; la estancia más corta fue menos de 24 horas y la mayor de 79 días, esta última se convirtió en una estancia prolongada y de carácter social, por falta de soporte familiar del adulto mayor. El mes que más concentró estancia hospitalaria fue noviembre con el 15.12%. El giro cama de la institución a diciembre de 2024 fue de 6.59 días, y para las personas con ACV, fue de menos de 24 horas.

La IPS aplica una lista de chequeo a cada persona que ingresa a la institución, con el fin de identificar riesgos y necesidades, para con esto guiar los procesos de atención y enfocarlos en las condiciones particulares de la persona que es atendida. En este enfoque, la atención centrada en la calidad y otras acciones que se suman a la buena atención permiten tener mejores resultados en salud. Pese a estos esfuerzos, de los 290 personas egresadas por ACV, veintiuna de ellas reingresaron dentro de los 30 días siguientes a su egreso hospitalario, lo que lleva como resultado a una tasa de reingreso (267,268) para el año 2024 con egreso de ACV del 7,2%. De estos reingresos, el 90,4% fueron no evitables asociados a su propia patología, el 5,6% restante se consideraron después de los análisis de calidad como evitables. De las 290 personas que egresaron 49 fallecieron y 241 tuvieron como destino la remisión, el alta con o sin atención domiciliaría.

La IPS no reporta otro tipo de mediciones o indicadores relacionados con la atención de esta patología. En lo concerniente a la experiencia, la IPS no tiene ninguna métrica, pero sobre la satisfacción sí; de estos 290 pacientes 32 pacientes fueron encuestados, y sus respuestas dieron como resultado del indicador de satisfacción general un 97,58%, y en el indicador

específico a su internación, el resultado fue de 97,13%. Ambos resultados superan la meta institucional del 95% de satisfacción general y específica.

En términos financieros, la IPS tiene como modalidad de contrato el evento y su sistema de pago es retrospectivo a más de 90 días en términos normales, pese a que contractualmente está acordado el pago a 30 días. Superando los términos contractuales y normativos en la materia, los pagadores tienen cartera en la IPS que supera los 360 días, y que en algunos casos concentra más del 50% de lo facturado. La IPS presenta al respecto estados de iliquidez y muchos días de mora, asociados a los procesos administrativos de auditoría, conciliación de la cartera y valores pendientes de subsanar por no acuerdos y objeciones parciales y totales a la facturación presentada. El costo promedio de estas atenciones fue de $5.963.137, mientras que la facturación promedio fue de $7.450.790 pesos colombianos y su retorno esperado aproximadamente del 25%. De estas 290 personas, se le facturó a los pagadores 289 atenciones, lo que representó un gasto público en salud para el SGSSS en Colombia de $3.290.933.195 pesos colombianos; en una IPS y para esta condición médica, el gasto en salud privado no superó el 1% del total de gasto público. La IPS no tiene registro de algún tipo de incentivo o reconocimiento interno y/o externo por sus resultados en salud asociados a esta patología.

## 6.2. Una Red que une Talentos, Habilidades y Conocimientos, en el Marco de una Atención Centrada en el Volumen

Este componente describe los actores, sus roles y competencias, según el nivel de gestión y participación de estos en la atención en salud de personas con ACV en una IPS en Colombia.

El desarrollo de esta parte del estudio se aborda bajo la perspectiva reflexiva y pragmática de los elementos constitutivos del sistema de salud definido por la normatividad colombiana.

### 6.2.1. Los actores de la atención en salud a la persona con ACV desde el enfoque del sistema de salud en Colombia

Para iniciar este capítulo se debe poner en contexto lo que significa un sistema de salud en Colombia, según la definición contenida en la Ley 1751 de 2015, "es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud" (91).

De acuerdo con lo anterior, el entramado de las instituciones, competencias y procedimientos, son el nivel operativo que da vida a la atención en salud que reciben las personas con ACV, dando así cumplimiento a los lineamientos de la gestión en salud promulgados por el nivel macro, rector y/o estratégico, desde lo emanado a través de principios, normas y políticas públicas. Estos actores y representantes de los niveles de gestión, incluyendo el meso y/o táctico, se relacionan por sus facultades, por medio de obligaciones, derechos y deberes que demanda resolver el goce efectivo del derecho a la salud; pero a su vez, dota esos proyectos con recursos financieros para su ejecución y de información preliminar para hacerlos realidad, y a su vez, se genera información resultante con el fin de monitorear, controlar y evaluar los resultados obtenidos.

En este sentido, lo lógico de los actores en este caso, se convierte en la lógica y dinámica propia del sistema de salud en Colombia, desde cada uno de sus escenarios, posiciones y niveles de gestión que contribuye a que las personas con ACV reciban una atención integral y de calidad, revestida de todos los demás atributos que favorezcan los mejores resultados en salud. Para esquematizar lo acá expresado desde el contexto del actual SGSSS en Colombia, y de acuerdo con la PAIS, se trae un mapa de actores (269) esquematizado por Minsalud, donde se refleja de manera breve cómo se da ese conjunto articulado y armónico de los componentes del sistema, que se centra en el usuario y/o paciente:

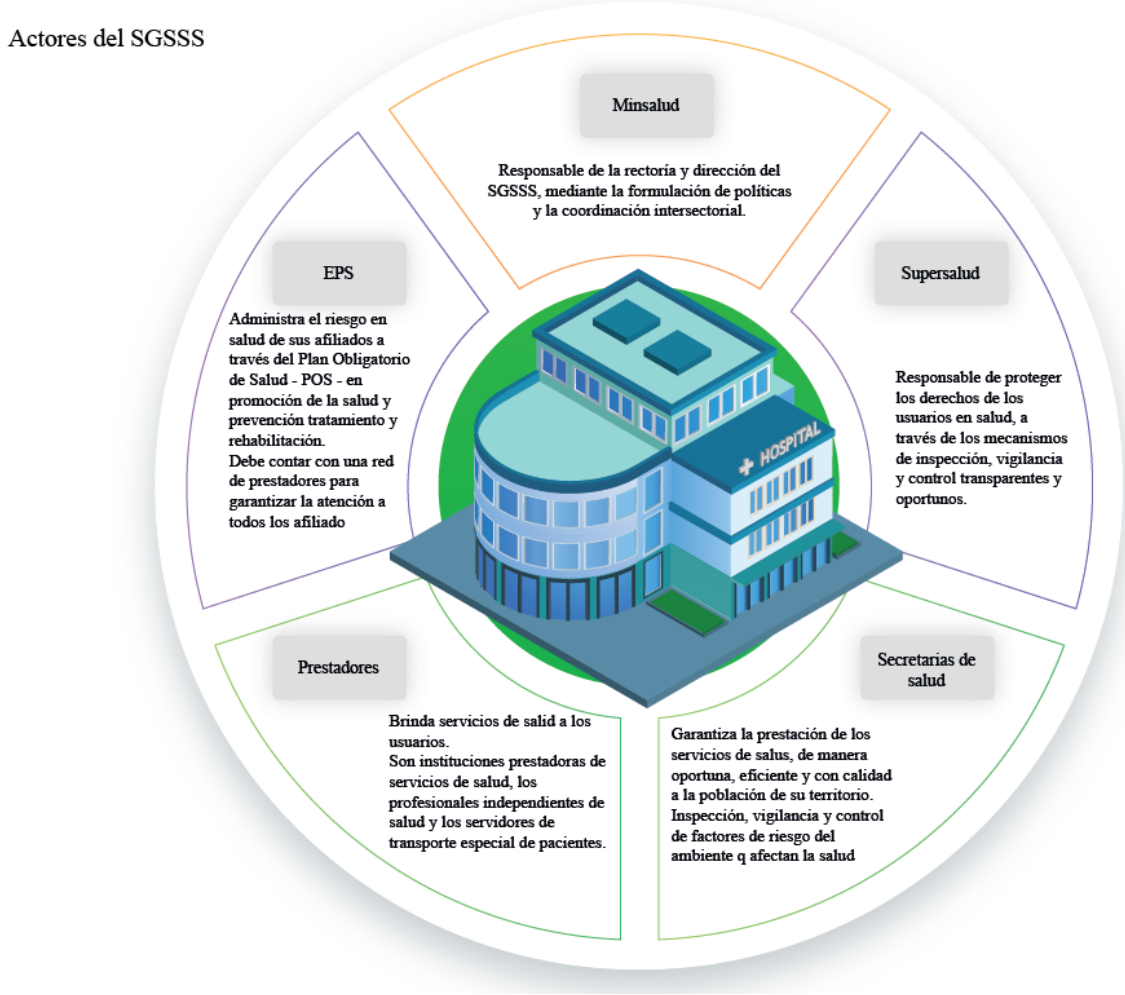


Figura 13. Mapa de actores del SGSSS en Colombia (269).

### 6.2.2. Los actores, sus roles y competencias bajo un enfoque pragmático

De acuerdo con lo anterior, se puede observar una composición más reflexiva de estos actores, sus roles y competencias; sin embargo, desde una perspectiva más pragmática, la atención en salud de las persona con ACV en Colombia desde el 2015 ha tenido un reenfoque con la "GPC para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo del Ataque Cerebrovascular isquémico en población mayor de 18 años" (124). En este documento se logra consensuar entre quienes participaron en su diseño que los criterios de atención serían: el impacto en la atención y ruta clínica para las personas con ACV, mejorar los resultados en salud y financieros derivados de la atención y crear nuevas métricas.

Otros aspectos allí considerados fueron la creación de las unidades especializadas para la atención del ACV, factor innovador respecto a lo que se tenía a la fecha para la atención de esta condición médica; además, se consideró un cambio en la oferta de servicios y ampliación de la misma con especialidades como la telemedicina, teniendo en cuenta que la práctica clínica debía cambiar en términos de oportunidad y efectividad, y así mismo se esperaba un cambio institucional y organizacional para la atención en salud de esta enfermedad. Respecto a los actores, la GPC se refirió a la importancia de la articulación y ajuste para este nuevo enfoque y expresó al respecto:

> (OE2D1-1)
>
> "Múltiples actores en el sistema de atención intervienen ajustando sus prácticas y optimizando las oportunidades y tiempos."

Bajo esta consideración, el ciclo de atención se inicia ante la sospecha de ACV, y sus actores iniciales son el sistema de atención prehospitalaria y el sistema de referencia y contrarreferencia del lugar o la zona donde ocurra el evento. En esta fase inicial, las personas son las que se encuentran en representación de equipos paramédicos y de traslado, así como quienes laboren en Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) y Línea de Emergencias Nacional 123.

Luego entra a participar la atención hospitalaria y procesos de diagnóstico o confirmación, en este punto los actores son las IPS con sus niveles de atención y complejidad baja, media y alta. El modelo plantea que la puerta de entrada son las unidades de urgencias y emergencias, donde a través de un triage los pacientes se seleccionan y se clasifican, y su resultado guarda una relación directa con la priorización de la atención y los tiempos de espera. En Colombia, esta regulación la estableció la Resolución 5596 de 2015 (95), donde por las características que reviste el ACV y su condición de ser una patología tiempo – dependiente, se considera Triage I, lo que al respecto define la norma:

> (OE2D8-2)
>
> "Triage I: Requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata"

Durante esta fase de la atención, el enfoque del paciente, diagnóstico e inicio de tratamiento es muy relevante y en su contexto se encuentra el equipo administrativo y de apoyo

(auxiliares administrativos, equipos de concurrencia clínica y administrativa, vigilancia y aseo hospitalario) dispuestos en los servicios de urgencias y el equipo clínico que esta de cara a la atención (médico general, equipo de enfermería, especialistas y otros profesionales de la salud). En este punto, un actor muy importante es la tecnología para la atención en salud, y sus representantes son la industria farmacéutica y de equipos biomédicos, así como lo relacionado con estructura de Tecnologías de la Información, que dan soporte a los procesos de atención.

En una tercera fase se encuentra la atención especializada para tratamiento oportuno. Este enfoque, innovador para la fecha, dividió la atención de la persona con ACV en dos momentos, uno es la estructura tradicional y su equipamiento, y el otro es cuando se establece por primera vez el concepto de una unidad especializada en el manejo del ACV y su costo efectividad del 66% (124), el cual impacta positivamente en el mejoramiento de los recursos y en los Años de Vida Ajustados por Calidad AVAC de las personas con ACV que son atendidas en estas unidades. La GPC establece un comparativo sobre las unidades especializadas y las que no lo son y el resultado de esta comparación es:

Tabla 14. Comparación entre atención en Unidad ACV vs atención en sala general (124)

| **Característica** | **Atención unidad ACV (servicio especializado)** | **Atención sala general (servicio básico)** |
|---|---|---|
| Infraestructura física | La internación en la Unidad de ACV, comprende infraestructura física además de los servicios básicos, la utilización de los equipos de monitoria, ventilación, desfibrilación y adicionales requeridos. | Uso de la infraestructura física y de la dotación propia del servicio (bomba de infusión, lámpara de fototerapia, vacío, menaje, mobiliario, etc.) |

| Característica | Atención unidad ACV (servicio especializado) | Atención sala general (servicio básico) |
|---|---|---|
| Equipamiento | La internación en la Unidad ACV está destinada a pacientes críticos con complicaciones que exigen de los mismos servicios de la UCI sin un monitoreo estricto. Requiere del siguiente equipamiento mínimo: a) por cama: monitor (electrocardiografía continua, presión no invasiva, oximetría de pulso), salida o fuente móvil de oxígeno medicinal, succionador, bomba de infusión; b) en la unidad: electrocardiógrafo, carro de paro, glucómetro y equipos para terapia respiratoria. | Dotación básica de elementos de enfermería necesarios para la realización de las actividades relacionadas con la higiene del paciente, control de signos vitales (temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca y presión arterial), valoración de talla y peso, administración de medicamentos por vía tópica y oral, elementos de protección personal necesarios para el manejo del paciente aislado o de cuidado especial. |
| Recurso humano | La atención la brinda en forma permanente un médico especialista (Neurólogo o internista) y enfermeras, con entrenamiento en el manejo de esta Unidad. | Médico hospitalario de piso (no incluye médico tratante), Enfermera, Auxiliar de enfermería. En el caso de sala general la atención por medicina especializada se generaría acorde a la frecuencia de interconsulta. |
| Terapia física integral | Consulta de primera vez o de control, evaluación, ejercicios terapéuticos, estimulación temprana, mecanoterapia, medios físicos (hidroterapia, crioterapia, calor húmedo), electroterapia (biofeed back, TENS, ultrasonido, diatermia) y/o tracciones; sesión en paciente ambulatorio; en Unidad ACV se genera un costo adicional de 10%; presentaría una mayor frecuencia de utilización. | Posee una menor frecuencia de utilización. |
| Terapia ocupacional integral | Consulta de primera vez o de control, evaluación, entrenamiento para autocuidado e integración familiar, social y/o laboral del paciente; sesión en paciente ambulatorio en Unidad ACV; se genera un costo adicional de 10%; presentaría una mayor frecuencia de utilización. | Posee una menor frecuencia de utilización. |
| Terapia fonoaudiológica integral | Consulta de primera vez y de control, evaluación, educación, determinación de ayuda audiológica, pruebas y/o tratamiento; sesión en paciente ambulatorio en Unidad ACV, se genera un costo adicional de 10%; presentaría una mayor frecuencia de utilización. | Posee una menor frecuencia de utilización. |

| Característica | Atención unidad ACV (servicio especializado) | Atención sala general (servicio básico) |
|---|---|---|
| Manejo nutricional enteral o parenteral | En los servicios de internación de segundo y tercer nivel que disponen del recurso humano, técnico, y locativo, para prestar asistencia intrahospitalaria al paciente con manejo nutricional enteral o parenteral, se pagará el valor diario por paciente que se relaciona a continuación, durante los días de hospitalización que reciba este tipo de soporte; incluye: los servicios profesionales del equipo humano, el cual debe desarrollar entre otras acciones, las siguientes: valoración inicial, elaboración de historia nutricional, estimación de los requerimientos y seguimiento de la administración y evolución nutricional y de preparación de mezclas. | Determinación de régimen nutricional oral; excluye nutrición enteral. |
| Junta médica | La junta médica se desarrollará dentro de la Unidad de ACV para evaluación del paciente por grupo interdisciplinario involucrado en su tratamiento. | No se lleva a cabo Junta médica. |

En Colombia, a través de los años, se ha venido fortaleciendo la atención a la persona con ACV, y varias instituciones han emprendido la ruta a la excelencia y buscan calificar para obtener distinciones en los niveles que ha establecido la World Stroke Organization (WSO), quien instaura y supervisa los estándares y prácticas en el manejo del ACV, y da reconocimiento en las siguientes categorías en orden ascendente: “Stroke ready”, oro, platino y diamante (270). En el año 2024, el Hospital Internacional de Colombia (HIC) fue reconocido por la WSO como centro de excelencia en el manejo del ACV, y en el marco de este reconocimiento y distinción ellos conceptualizan que un centro de excelencia para la atención del ACV es:

(OE2D16-3)

> "Ser un Centro de Excelencia en Ataque Cerebrovascular significa sobresalir en la gestión completa y puntual del ACV, gracias a un equipo de expertos altamente capacitados y dedicados al bienestar de nuestros pacientes".

Desde la perspectiva de la IPS en Colombia, los actores se agrupan en la siguiente tabla donde se describen quienes participan en la atención, según dos unidades de atención: urgencias e internación.

Tabla 15. Actores que participan en el proceso de atención en salud a la persona con ACV en una IPS en Colombia, por unidades de atención

| **Unidad de atención** | **Actor en el proceso de atención y sus fases** |
|---|---|
| Urgencias | Médico general |
| | Urgentología |
| | Equipo de enfermería |
| | Medicina especializada (Neurología, Neurocirugía, Radiología, Radiología Intervencionista, Cardiología, entre otros) |
| | Equipo de apoyo clínico (Fisioterapia, Terapia respiratoria, Nutrición, Psicología) |
| | Personal de apoyo administrativo, atención al usuario, camillero, aseo hospitalario y vigilancia |
| | Equipo de auditoria concurrente administrativo y clínico |
| Internación (Salas básicas y unidades de alta dependencia | Medico de piso |
| | Médico especialista tratante |
| | Equipo de enfermería |
| | Medicina especializada (Intensivista, Neurología, Neurocirugía, Radiología, Radiología Intervencionista, Cardiología, staff médico, entre otros) |
| | Equipo de apoyo clínico (Fisioterapia, Terapia respiratoria, Nutrición, Psicología) |
| | Equipo de referencia y contrarreferencia |

Cabe aclarar que la IPS, en su atención básica al ACV, se encuentra reportada ante los entes de control como una institución de alta complejidad y con diversos tipos de atención, lo que incluye las unidades de alta dependencia y especialidades relacionadas con el manejo integral de la persona con ACV.

El proceso de atención para la rehabilitación de la persona con secuelas de ACV está bajo la responsabilidad de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), que son quienes afilian y aseguran a la población; adicionalmente, estos servicios se prestan bajo el marco legal y normativo de los planes de beneficio, y sus contenidos se autorizan por cobertura. Los servicios adicionales a lo establecido en los planes de beneficio que se deseen o se requieran para mejorar los resultados de la rehabilitación, se deben cubrir con gasto de salud de bolsillo y/o privado.

El investigador no halló evidencia documental que refiera sobre la atención en salud a la persona que sufrió ACV, que vele y acompañe su reincorporación social y productiva.

### 6.3. El cambio de la atención en salud de la persona con ACV desde la creación de valor, una propuesta desde la acción y el saber de las voces diversas.

Esta sección da cuenta de aquellos factores que favorecen y/o limitan la implementación de un modelo de atención en salud a partir del enfoque de la creación de valor, desde la perspectiva de los actores, sus roles y niveles de gestión y participación de estos, en la atención de personas con ACV desde el sector salud, y de manera particular en una IPS en Colombia

6.3.1. La cultura de la excelencia es una decisión de transformación, guiada por un propósito, la estrategia, la eficiencia y la retribución.

La transformación y reenfoque de la atención en salud desde la creación de valor para la persona con ACV, es una decisión que se toma para reorientarse hacia la excelencia, la cual se caracteriza por vencer paradigmas. El cambio inicia por retomar las buenas prácticas que se tenían, y son ellas punto de partida de la puesta en marcha hacia el cambio organizacional. Esta es una buena manera de afrontar retos y desafíos que favorecen y mitigan aquellos aspectos negativos que trae consigo salir de la zona de confort. Asumir el camino de crear valor para la persona con ACV comienza con el acuerdo sobre los resultados en salud relevantes para la persona con ACV y su equipo clínico. En este sentido se refiere un auditor concurrente de una IPS.

O3GF2-44

"Yo considero que sería casi que retomar, es que la institución lo tenía, lo tiene todavía, es simplemente cuestión de reforzarlo, de retomarlo"

Al respecto refiere la gerente de una IPS:

(O4GF4-2)

"La atención en salud basada en el valor, es mirar la atención de salud con los resultados que estos tengan, garantizar que los resultados sean mucho mejores para el paciente y respecto a la inversión que se haga en recursos financieros".

(O4GF4-3)

> “Esto sería casi un cambio que ocurre a nivel del mercado en la atención de salud, porque pasaríamos de una atención en salud que está basada mucho en la competencia de los costos y del volumen de servicios que se realizan, a una atención centrada en las necesidades importantes del usuario, visto ese paciente en una forma integral, en una forma de atención total”.

> (O4GF4-11)
> “Es un cambio también en el paradigma del pago, aseguramiento y prestadores, que ya sí estén pensando en lo que necesita el paciente, y no en sólo en los costos y el volumen para poder estar dentro de la contratación”.

En la misma perspectiva, refiere una analista de facturación y auditoría:

> (O3GF2-2)
> “Esa transformación es buscar esa experiencia diferencial que tiene cualquier usuario, en el servicio donde se preste ese valor agregado y ese... pues, que le estamos tocando lo más sensible que es la salud, entonces uno llegar a un servicio y encontrar una experiencia diferente, y positiva, yo creo que eso lo recuerda uno, ni siquiera en la mente, sino en el corazón”.

Para iniciar esta transformación se debe disponer de recursos y articular la participación de todos los actores para la atención integral, oportuna y complementaria a través de redes. Se deben diseñar nuevas métricas que monitoreen el cumplimiento de los objetivos de valor,

que son un estándar que permite la comparación con otros prestadores de la misma red. Al respecto, un director de sistemas de información del sector salud dice:

(O4GF4-13)

"Un cambio de paradigmas requiere muchísimo, porque al final de cuentas da el valor. Tenemos que estar enfocados en trabajar para el paciente, es un tema que se trata de entregar valor, pues es un trabajo en equipo, como todo un deporte en equipo, porque no es solamente el grupo asistencial, sino todo el equipo administrativo, ya hablando como institución, enfocados hacia ese valor cuando logramos romper esos paradigmas desde los hitos externos que tenemos que afrontar con las EPS y toda esta parte".

Respecto a la disponibilidad de los recursos dice un auditor concurrente administrativo:

(O3GF2-25)

"Cuando nos llegue un paciente ACV, y ya está diagnosticado, lo tenemos en institución, se va a quedar... Un paciente ACV se puede quedar 3 días, como se puede quedar 2 meses, pero intervenir a la familia inmediatamente, desde otra área más educativa, y decirle, vea, el paciente tiene esto, esta es su condición, así va a salir, y enseñarle a la familia algunas estrategias de la atención del paciente, puede incluirse, van a tener que conseguir unos pañales, van a tener... Y enlazarlos con una red, si tienen recursos económicos escasos, no sé, pero podría ser una estrategia de mejora, hacerles educación a las familias frente a la patología".

La constitución de esa red se debe diferenciar de otras redes, por su conocimiento sobre la creación de valor, su articulación e integración, para que de esta forma los resultados en salud sean mejores. En estos términos, se refirió una directora de la industria farmacéutica y tecnológica del sector salud:

(O4GF4-18)

"La red, debe ser una red de conocimiento, pues el conocimiento en salud y en valor, llevará a que ese valor recree esos dos resultados, ese resultado económico y en salud, que finalmente es lo que convoca las partes para poderse conectar de una manera poderosa en cualquier modelo que se presente"

En este sentido, también refiere una directora de EPS:

(O4GF4-20)

"Yo creo que ahí como sistema hay un reto gigantesco, en poder alinear los actores, que van desde el paciente, el pagador, el prestador, y en nuestro sistema de salud el reto también va en que prestar el servicio no de uno solo, somos todos".

Esta decisión presupone que se debe invertir en estructura y TI para acceder a un sistema de información detallado y en línea, que favorezca la toma de decisiones para mejorar continuamente y transformarse día a día, en el marco de un plan de incentivos y recompensas. Sobre este aspecto refiere el director financiero de una IPS:

(O4GF4-32)

> “Necesitamos un muy buen acompañamiento de un sistema de información que nos ayude a lograr esto, porque de verdad necesitamos, no solamente lo que dice la doctora de una estadística, de un manejo, de saber cómo lo hacen otras instituciones a nivel mundial, pero sí tener y estar apoyado de un buen sistema, de un buen dato que nos acompañe en este viaje”.

Por su parte una comunicadora corporativa del sector salud, dice:

> (O3GF2-46)
>
> “También considero que para lograr todo eso de lo que hemos hablado es muy importante contar con un área que es vital, y es sistemas, o la data de la institución, creo que, si vamos a hablar hoy de este hospital, no conozco otros hospitales cómo lo manejen, pero creo que hay que avanzar también en todo lo que significa, pues los datos de los pacientes, para poder llegar a medirlo, cualquier cosa que queramos medir, somos una institución que continúa con procesos muy manuales, y que hay mucha información que no podemos tener ni en línea, ni en un momento real, y que nos hace más difícil las labores del día a día, que por eso también ahora Carlos de alguna manera manifestaba que se nos va yendo el torbellino del día a día en otras cosas, y no dedicarnos a la estrategia como tal, pero creo que es fundamental que contemos con una data, y con tecnología como de vanguardia, para poder medir todo lo que queramos medir”.

Los actores que inicien este camino deben reconocer el aprendizaje y la formación continua, así como la pasión y la convicción de que el servicio que se presta debe generar una buena experiencia. La transformación debe impregnar a toda la organización, sus estructuras y sus

integrantes. El valor y la creación de valor significa superar las expectativas de quienes son atendidos, con una atención diferencial que perdure en la memoria del usuario; por consiguiente, debe ser cálida, con procesos eficientes y efectivos, sin ningún tipo de barrera para el acceso y pensando en una atención no sólo hospitalaria, sino que vaya más allá, de esta manera se genera una rentabilidad social y económica. Frente a esto expresa una directora de EPS:

(O4GF4-19)

"La atención basada en el valor es partiendo de la base del desenlace, en este caso que estamos hablando de atención en salud, es el desenlace en salud, en miles de ejemplos para mostrarnos que no necesariamente quien tenga más cantidad de contactos en salud es el que mejor desenlace tiene".

(O4GF4-21)

"El valor es para todos, cuál es el valor para ti como paciente, para ti como pagador, y para ti como prestador, cómo me articulo, y ahí hay un tema que se ha hablado bastante en nuestro sistema, y es el tema de la confianza, y el reto es cómo nos articulamos como diferentes actores del sistema, logrando ese desenlace en salud para todos, como desenlace satisfactorio, y que la confianza sea atravesada por todos los actores".

En este sentido, también refiere la directora de industria farmacéutica y tecnológica del sector salud:

(O4GF4-46)

> “En la parte de redes de valor en salud, se deben ver todos los estados que se quieren en salud, y como de los resultados se vinculan con el aprendizaje continuo, la tecnología y el conocimiento, unir ese conocimiento sirve para saber de toda esa información relevante que hay alrededor del paciente”.

Esto expresa el director financiero de una IPS al respecto:

> (O4GF4-31)
>
> “El cumplimiento de unos indicadores de eficiencia nos ayudaría a tener claro el costo de los resultados en salud por un paciente determinado, ojalá llegáramos a eso, la institución está de verdad con unas ganas tremendas de poder lograr esta parte”.

Respecto a una visión de largo plazo, se refiere una experta clínica en ACV:

> (O4GF4-39)
>
> “No solamente es el impacto en la vida diaria, o sea, en las actividades de la vida diaria del paciente, es decir, que el paciente se pueda valer por él mismo para hacer sus actividades de comer, caminar, que es lo que normalmente se mide en los desenlaces, pero hay que empezar a mirar desenlaces a nivel familiar, a nivel social, a nivel de vivencia, otros tipos de desenlace que ya a nivel mundial se han empezado como a medir, porque son los que se necesitan en los pacientes, para ir acorde con lo que es el desenlace en valor y en rehabilitar el paciente, que vuelva a la vida laboral o a su vida social, que es lo que realmente se logra a largo plazo”.

En lo concerniente a prestar un servicio con calidad y calidez, se refiere una funcionaria de servicio de apoyo (aseo hospitalario) de una IPS:

(O3GF2-7)

"Pues uno brinda un saludo, lo segundo, no podemos intervenir, ni preguntarle, usted qué tiene, qué sufre, es como un distanciamiento, respetar el dolor ajeno, nosotras hacemos nuestra labor de aseo, pero también debemos respetar los pacientes y los acompañantes, pero brindar afecto y apoyo desde lo que nosotras hacemos".

Por lo anterior, se puede pensar que una institución y su organización orientada a la excelencia crea nuevos acuerdos que orientan la atención a los objetivos que son relevantes para la persona con ACV, tiene una atención basada en la evidencia científica y se adhieren a ella. Se invierte para apoyar el proceso de transformación cultural y de procesos, se dispone para articularse con todos los actores intervinientes en la atención en salud para brindar un servicio integral, oportuno y complementario a través de redes.

Así, se enfoca en el diseño de nuevas métricas, a fin de monitorear y evaluar el cumplimiento de los objetivos de valor acordados con la persona que sufre ACV y otros prestadores. Una organización con excelencia tiene una traza de la información detallada y en línea, que favorece la toma de decisiones, y hay una cultura del valor que se transforma día a día, que permite tener incentivos y recompensas por lograr las metas y reta a lograr mejores resultados que los esperados. Al respecto la gerente de una IPS expresa:

(O4GF4-27)

> “Lo importante también en ese modelo de atención basado en valor, es la medición y la estandarización, y pienso que sí es posible, de hecho, ya en muchos países lo hacen, no es fácil, es muy complejo, es compleja la medición, pero tiene que hacerse, se deben buscar es indicadores de resultados y que permitan ver cómo mejoró la salud del paciente en cada una de todas esas etapas”.

Frente a los incentivos, un funcionario de la oficina de atención al usuario opina:

> (O3GF2-48)
>
> “Yo pienso que sí, y el incentivo va más allá de la parte económica y de lo que se pueda generar, lo relaciono mucho con el paciente, cuando tú le das esa tranquilidad a alguien, de que está haciendo las cosas bien, de que va bien, de que su trabajo va bien, y el reconocimiento, eso, digamos, como que exalta una actitud en uno como persona, y lo puede llevar a mejorar, ve esta semana hice esto, me fue bien, me felicitaron, voy a tratar de pensar cómo hacerlo mejor...”.

Sobre este mismo aspecto, opina un ejecutivo de autorizaciones y acceso de una IPS:

> (O3GF2-50)
>
> “Yo pienso que definitivamente los incentivos sí se necesitan, y no tienen que ser económicos, pero que a usted le digan que hizo el trabajo bien, va a generarle más pasión, va a generar pasión por hacer su trabajo mejor todos los días”.

Crear valor en la atención en salud para una persona con ACV es velar por una atención integral e informada, donde las partes se comuniquen y se informe a la familia y demás personas que acompañen a la persona con ACV sobre su estado de salud y lo que ocurre en la evolución de la atención, a fin de que esto genere tranquilidad en la persona con ACV y quienes lo acompañan. En esta perspectiva, una comunicadora corporativa del sector salud expresa:

> (O3GF2-33)
>
> "Considero que todo eso que aportan, me parece que es muy importante, sin embargo, creo que también es muy valioso si no miramos solamente como esa comunicación con el usuario, sino la comunicación entre nosotros internamente, y entre las áreas, creo que... Y digo que desde mi área me toca, porque escucho a veces, hay muchos problemas de comunicación, no nos comunicamos, entonces como que siento que cae sobre el área, pero finalmente es la comunicación de tú a tú entre los funcionarios, que al final se ve reflejada la información que le llega al usuario".

De esta manera, se puede concluir que los actores ven aspectos que favorecen, limitan o retan estos procesos de transformación de la atención en salud, pero su propuesta de inicio gradual y que facilita las limitaciones de inversión, es dar un punto de partida desde el mejoramiento de las buenas prácticas que se tienen para la prestación de los servicios de salud, y estas se pueden empezar a reenfocar a la atención en salud basada en la creación de valor.

Hasta este punto, favorece el cambio de atención centrada en el volumen al ecosistema de valor, que es una alianza estratégica para crear valor en la atención en salud a través de la

articulación de los actores, donde comparten el mismo significado de lo que es crear valor, y en torno a esto se alinean sus intereses, con el fin de alcanzar un buen desenlace a través de un proceso de atención en salud eficiente y costo-efectivo. Esta atención se rige por la gobernanza y su red de conocimiento para crear valor, la cuál es liderada por la IPS, quien es la encargada de orquestar a los actores y los alinea, para que se produzca valor. Este debe ser percibido en una comunidad construida y se nutre de manera holística, para poder mejorarlo siempre. Así como lo expresó la directora de una industria farmacéutica y tecnológica del sector salud:

(O4GF4-15)

"Valor que suma, es la intersección entre dos cosas, lo relevante y lo distinto".

Se pueden encontrar límites para la inversión que se debe hacer para este reenfoque, pues es un proceso que implica planear una propuesta y establecerla como proyecto, y de esta manera gestionar los recursos para iniciar la puesta en marcha de manera gradual buscando su factibilidad y viabilidad. Al respecto, esto opina el director financiero de una IPS:

(O4GF4-63)

"Yo pienso esto debería ser un proyecto, hoy no tenemos los recursos, pero se gestionarían para su inversión. La perspectiva del proyecto sería de un gana-gana, tanto para las instituciones de salud como nosotros, para las aseguradoras, para los entes territoriales, para los profesionales de la salud, como todos los rangos, y yo pienso que, si se controla y si se maneja una parte de incentivos por metas, o superación de metas, esto favorecería".

### 6.3.2. Una red que une talentos, habilidades y conocimientos para crear valor.

El ecosistema de la atención en salud basada en el valor tiene como su activo principal a las personas que hacen parte de él, por ser esa red de talentos, habilidades y conocimientos que favorecen una construcción conjunta del significado de valor, pero más allá de su representación, es la acción en ejercicio lo que permite dar alcance a los objetivos de valor que se han co-diseñado entre las partes interesadas en co-crear valor.

La red para atender a la persona con ACV, su familia y cuidadores debe trazarse objetivos que van más allá del cuidado de un paciente; debe identificar que se trata de una persona, lo que quiere decir que es un individuo que requiere un cuidado integral durante todo el ciclo de atención, en el cual se deben superar las fases de atención aguda, subaguda y de rehabilitación, para llegar a otras esferas que incluyen la preparación y acompañamiento en su reincorporación a una nueva vida y cotidianidad, con una normalidad diferente a la que se tenía antes de sufrir el evento. Al respecto se cita lo expresado por una comunicadora corporativa del sector salud:

> (O3GF2-34)
>
> "Yo pienso que ahí uno se podría pegar de las redes de apoyo de las que veníamos hablando, que sean externas, hay algunas rutas, digamos que cuando hablamos de las mujeres lactantes, por poner algún ejemplo, hay unas rutas más allá de la institución, que trabajamos en equipo con estas personas, para poder hacer el acompañamiento a esa mamá, a ese menor, en la lactancia, y en el crecimiento y desarrollo de esa persona, sería

> mirar cómo se pueden generar otras rutas, con entidades o con quien esté involucrado en el desarrollo de la vida de esa persona, enfocada en esa patología puntual, creería yo que es mirar más allá que no sea una responsabilidad sólo del hospital, o que no sea una tarea sólo del hospital, sino que se puedan unir esfuerzos con otros grupos de trabajo, con los que podamos acompañar esa persona, desde lo laboral, desde lo familiar".

Se trata de disponer de una red de apoyo en el ámbito territorial e institucional, con el propósito de velar por la educación de la persona que demanda servicios de salud desde la IPS para el manejo de su condición médica, a fin de prevenir daños y complicaciones y hacer mejor uso de los servicios, es una gestión que debe realizarse de manera anticipada, para planear desde la atención que requiere el paciente para la continuidad de la atención clínica y posterior al egreso hospitalario.

En este sentido, opina un ejecutivo de autorizaciones y acceso de la IPS:

> (O3GF2-35)
>
> "Yo pienso, así como se hizo con el programa de humanización desde el área de mercadeo, se puede hacer también un trabajo educativo con todo el personal, con grupos focales, individuales, por servicios, pero se debe trabajar constantemente, y aparte de la educación que se le debe dar al personal, es implementar un plan de selección de personal, de acceso, de contratación, que sea idóneo, y que vaya alineado a las expectativas y necesidades de la institución".

De igual manera aportó una comunicadora corporativa del sector salud:

(O3GF2-37)

"Yo coincido en la importancia de conectar el área de talento humano a la estrategia, no sólo en el tema de selección al momento de contar con personal que esté alineado a esa cultura que se quiere, y a ese ideal de institución desde la cultura, que se quisiera lograr, sino también desde la capacitación constante, y con una estrategia muy clara de lo que es la cultura de la excelencia y el servicio, con expertos en cultura, en construcción de cultura, con expertos en servicio y en excelencia, que de alguna manera den la línea o el norte de cómo llegar allá, porque muchas veces los esfuerzos se hacen, pero creo que se quedan muy de momento".

En estos procesos de capacitación, entrenamiento y aprendizaje continuo, un factor muy relevante es la comunicación humana, vista como el eje del desarrollo social. En este sentido, la comunicación, su efectividad y asertividad son la mejor herramienta para lograr mejores resultados en salud, generando espacios conversacionales de contacto de humano a humano, donde la empatía, la escucha, la comunicación verbal y no verbal sean ejes de un buen relacionamiento, y que esto favorezca el buen ambiente, el confort y la confianza. Respecto a este aspecto, una comunicadora corporativa del sector salud expresa:

(O3GF2-8)

"La comunicación asertiva es fundamental, porque lo vemos por ejemplo acá en el hospital, muchas veces, incluso entre el mismo personal, digamos, la jefe y la auxiliar, o el médico y la jefe, la información no es tan asertiva con el paciente y con la familia del paciente, y hablando de esa generación de valor, en unos momentos de esos, también

> el valor es una tranquilidad para la familia del paciente, entonces cuando la comunicación es asertiva, tanto entre los mismos compañeros, colegas, entre jefes, enfermeras o auxiliares, yo creo que no se le está generando valor, porque la atención se empieza a tergiversar".

Los participantes piensan que la creación de valor significa y se asocia a la generación de satisfacción a la persona con ACV y a quienes lo estén acompañando; sin embargo, el objetivo es crear una experiencia que sea diferente y positiva, que supere sus expectativas y se quede en la memoria y las emociones de la persona y sus acompañantes. La atención debe ser integral, oportuna y sin barreras de acceso de ningún tipo. El valor se genera por la atención humana, con calidad y calidez, permitiendo que las personas que requieren atención se sientan bien con los comportamientos y actitudes de quienes los atienden.

No se puede reemplazar la comunicación y contacto personal que dan los espacios conversacionales de persona a persona con estrategias digitales y edu-comunicativas. La empatía, la escucha, la comunicación verbal y no verbal, deben ser ejes de la buena y amable comunicación que favorezca el buen ambiente, el confort, la confianza y se minimicen estados de ánimo negativos y emociones que perturben los procesos de atención.

Tener claridad en lo que se comunica y cuál es su objetivo es relevante para que el servicio y la experiencia sean exitosas tanto para el paciente, como para el equipo de trabajo. Velar por una comunicación asertiva es un reto intra y extrainstitucional, así como con el paciente, su familia y cuidadores. Frente a este aspecto, una comunicadora corporativa del sector salud opina:

(O3GF2-26)

"Debemos tener muy en cuenta, lo que significa hoy el mundo digital, y todo lo que tiene que ver con la edu-comunicación, porque nos vamos al extremo de que todo se publica por redes, se publica en la página web, se pone el instructivo, hay un QR y dejamos de darle valor a la conversación, a la cercanía, al encuentro, al confort que da que a mí alguien vaya y me explique, me diga, me eduque con respecto a la atención que me están brindando, más allá de un QR de celular, de computador, del instructivo y del folleto pues, o cualquier cosa que entreguemos, que hoy en día también migramos a que todo sea digital y dejamos como toda esta parte física a un lado, entonces creo que más allá del confort... Si bien, yo en temas de confort, de teleguía, no cuento con lo último, con lo más bonito, con lo más cómodo, con los muebles... Con la última tecnología en la cama, por decirlo así, estoy convencida de que la cercanía de quien esté atendiéndome, y quien me esté contando eso que estaba diciendo ahorita y que han comentado, de qué tengo que comprar, qué tengo que hacer, qué me van a dar, qué va a seguir, mitiga muchísimo ese contraste entre el confort y lo que realmente es la expectativa que tengo, que muchas veces se da, entonces considero que hay que volver nuevamente a la conversación, al encuentro, hablarnos cara a cara, y eso, digamos, la experiencia ahí puede verse muy favorecida".

De esta manera, es un reto para la IPS y el sistema de salud en Colombia reenfocar la atención en salud que es pasar del volumen al valor. Este reenfoque parte de los nuevos resultados en salud esperados, que son la construcción participativa de nuevas métricas para una condición médica, y surgen de concatenar la voz del paciente, lo esperado clínicamente y establecido

por la evidencia científica, más el impacto deseado en los desenlaces por la persona y el equipo de salud. Es la oportunidad de redistribuir equitativamente el riesgo entre los actores que participan en el proceso de atención en salud, y a su vez, prestar un servicio eficiente y costo-efectivo. Se debe conocer de manera detallada por cada paciente sus costos de atención, los resultados en salud, y su relación con la inversión realizada en esta nueva forma de la atención en salud.

La traza de la información es la plataforma tecnológica y el sistema de información que permite detallar cada uno de los costos y resultados en salud alcanzados por paciente y ciclo de atención. Esta información se encuentra en línea, y favorece la toma de decisiones en tiempo real. Se suma a estos retos la nueva forma de medir los resultados en salud, incluyendo lo relevante para el paciente.

También reta la relación de valor que se debe establecer entre los resultados y las recompensas, según los intereses y actores alineados que orientan y aúnan esfuerzos para alcanzar los resultados en salud estandarizados y relevantes para la persona con ACV. Es un constructo en equipo que afronta los retos, y por los logros alcanzados hay un plan y programa de incentivos que actúa como recompensa.

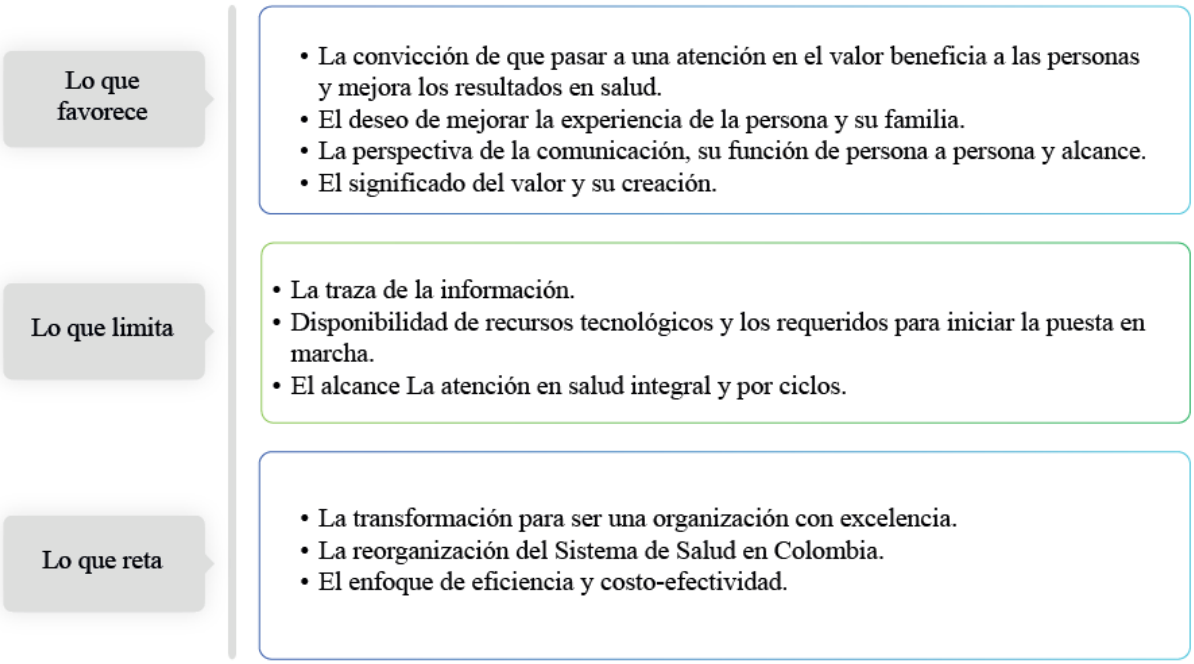


Figura 14. Aspectos que favorecen, limitan y retan la implementación de la ASBV en una IPS en Colombia

### 6.4. Los nuevos resultados en salud son la voz de la persona con ACV; una resignificación del deseo ante lo inesperado.

Este apartado detalla los objetivos de valor co-diseñados con los pacientes y demás actores participantes en el proceso de atención, que buscan orientar la ruta estratégica y metodológica para la atención en salud de personas con Accidente Cerebrovascular, en una Institución

Prestadora de Servicios de Salud en Colombia. Este aporte a la investigación se logró como producto de los espacios conversacionales que favorecieron el intercambio de saberes, y sus valiosos aportes permitieron comprender y construir unos nuevos resultados en salud para la persona con ACV. La metodología con la que se obtuvieron estos objetivos de valor puede servir como referente para hacerlo con otras condiciones médicas, bien sea en esta IPS en Colombia o en otras instituciones de salud. Estas conversaciones se caracterizaron por ser inclusivas, propiciar un espacio de reconocimiento a la voz del otro, ser horizontales, y con un enfoque crítico.

### 6.4.1. Los resultados en salud son la voz de la persona con ACV, que resignifican una nueva vida, ante lo inesperado.

El resignificado que cobra la vida es una premisa común en el escenario que dejan los desenlaces del ACV. Unas secuelas que se van cicatrizando durante la recuperación y rehabilitación del evento, y que dejan huella para el resto de la vida. Estas huellas en ocasiones se tornan en limitaciones físicas, psicológicas, mentales, emocionales, cognitivas, neurológicas, entre otras para la persona; algunas de ellas producen dolor físico y no físico, de la misma manera generan comportamientos, sentimientos y emociones que afectan su vida y la de su entorno, trayendo consigo fisuras en el relacionamiento personal, familiar y social de quien lo padece.

Este proceso post evento, deja un reto que es afrontar un nuevo estilo de vida, para algunos negativos, otros lo ven de manera positiva y hay quienes se pueden sentir indiferentes. No obstante, y tal como lo refirieron los participantes, existe una nueva realidad y esta ha permitido crear desde sus representaciones y mapas mentales una nueva cosmovisión del

mundo y de la vida. De allí, lo aspiracional ha cambiado y hay en algunas ocasiones sueños, retos y desafíos. Este nuevo lente de la vida, sumado a nuevas limitaciones y oportunidades, son la ruta para alcanzar un nuevo estado de salud deseado. Este nuevo camino se debe allanar con acciones y objetivos de valor que favorezcan alcanzar y mantener ese estado de salud ideal.

Estos deseos, expectativas, retos, desafíos y demás factores motivacionales de la persona con ACV en esta nueva cosmovisión es lo que da vida a sus necesidades expresadas a través de los objetivos de valor, los cuales pueden estar presentes durante los procesos de atención, recuperación, rehabilitación y reincorporación. En este sentido, esta nueva mirada y significado de la existencia es una línea que puede ser o no paralela a la esperanza, la resiliencia, la fe y otras acciones que llevarán a un estado de salud deseado, respecto a lo que dejó el ACV.

De allí que la creación de valor en la atención en salud a la persona con ACV tiene un sentido, y es diseñar eso que se espera lograr e ir informando sobre su alcance. En este sentido, los resultados acá presentados son los esperado por la persona con ACV, su familia, cuidadores y entorno cercano; son los objetivos de valor, en términos del tratamiento de la enfermedad, lo esperado en salud y la experiencia del servicio recibido.

Este es un resultado del empoderamiento de la persona con ACV, donde habla lo individual, pero se suma a lo general; representa la inclusión de ideas y conceptos de voces que se han reconocido, mensajes que se emancipan del discurso, la mirada acotada y reduccionista de la atención en salud bio asistencialista, y que desde la dignidad, igualdad y equidad, habla una

persona que ha sido históricamente invisibilizada en la figura de paciente, que sólo interactúa por medio de datos clínicos y palabras técnicas que confunden, y que en ocasiones, diluyen las responsabilidades y esconden el desconocimiento de algunos profesionales que hacen parte del equipo de salud.

Este co-diseño de los objetivos de valor, dejó ver un equipo de salud despojado de investiduras de poder, unos profesionales que vieron a través de las palabras de la persona con ACV y sus acompañantes, su dolor, sus lágrimas y en algunos casos el abandono, y en ellas reconocieron su verdad y condición de ser humano digno, particular y con deseos y expectativas que van más allá de su enfermedad. Ese equipo de salud sensible y abierto reconoce en la persona con ACV, ese otro ser humano que es capaz de comunicarse y tomar decisiones en su proceso de atención, guiado por los aspectos técnicos que el equipo de salud le informa y sugiere.

De esta manera, y con estos resultados, se crea un hito para que los espacios conversacionales verbales y no verbales dejen de ser una relación de poder, caracterizados por una comunicación vertical, donde prima lo defensivo de las ciencias médicas y/o clínicas, un diálogo acotado y en ocasiones una escasa información cargada de palabras, signos, abreviaturas, símbolos y tecnicismos que dejan diálogos unilaterales sin comprensión y un estado de sometimiento e inhumanidad, donde lo protagónico es el deseo de informar un dato clínico y su relevancia científica, sin importar qué tanto afecta positiva o negativamente a un interlocutor inexistente, que en muchos casos ni se mira y a quien sólo se le permite interactuar a través de su propia negación. Por lo anterior, se puede predecir que la

enfermedad duele, pero duele más el olvido e invisibilidad de la persona y su reducida visión de paciente.

### 6.4.2. Del volumen al valor, una construcción conjunta de su significado.

De acuerdo con el modelo ASBV, las nuevas métricas en la IPS en Colombia deben corresponder a los objetivos de valor que orientan el reenfoque de la atención en salud, pasando de volumen a valor. Estas nuevas métricas se traducen en indicadores co-diseñados entre la persona con ACV y el equipo clínico; y deben dar cuenta de las características de la salud que espera alcanzar una persona con ACV atendida en esta institución.

Estos resultados en salud deben ser informados en línea y en tiempo real por la persona y/o sus cuidadores, durante el ciclo de atención. Los datos deben ser consolidados a través de indicadores que permiten monitorear el estado de salud que la persona va alcanzado respecto a lo esperado en los objetivos de valor. Al unísono, y de la misma forma se deben captar y procesar los datos de la experiencia del servicio. Estas mediciones y sus resultados deben dar alcance a todo el ciclo de atención y sus fases de diagnóstico, tratamiento y recuperación, rehabilitación y reincorporación. De acuerdo con los resultados de estos indicadores, se deben tomar acciones de maximización, corrección, eliminación y/o sustitución.

A partir de este nuevo saber y con relación a lo que se espera como resultado en salud, en una IPS en Colombia, se recurre a dos mediciones claves sugeridas por la teoría del modelo ASBV y que permiten clasificar los objetivos de valor. Esta clasificación parte de dos categorías: los PROMs, los cuales se refieren a los resultados en salud relevantes e

informados por el paciente y los PREMs, que incluyen los resultados de la atención en salud que relatan las personas respecto a la experiencia y confort en el servicio recibido.

### 6.4.3. Los objetivos de valor PROMs – PREMs.

#### 6.4.3.1. Los PROMs

**Objetivo de valor PROMs-No.1.** ***El pronóstico, un nuevo proyecto de vida entre lo ideal y lo real.***

Este objetivo tiene como fin que el médico valore el daño hecho por el ACV respecto al pasado de la persona, y que construya un escenario prospectivo que refiera el posible curso de la enfermedad y sus secuelas, integrando a la valoración clínica la información que surge de la comparación constante que hace la persona con ACV, entre el antes y el después del evento.

El ACV divide la vida de las personas y sus familias; afecta sus vidas, sus sueños, aspiraciones personales y en algunos casos proyectos familiares. Después de la ocurrencia del evento, estas personas tienen una mirada que cambia el significado de su vida y la de su entorno y que se caracteriza por comparar constantemente el antes y el después del ACV, y por ello quieren saber qué daño y severidad dejó la enfermedad y qué tanto va a interferir en sus metas.

En este escenario, se espera que la persona con ACV reporte sobre los resultados en salud asociados a establecer y lograr nuevos objetivos y planes de vida en el mediano y largo plazo.

Estos datos se obtienen de la información clínica recolectada durante el proceso de recuperación y rehabilitación. Es fundamental destacar que las mejoras en salud, desde esta perspectiva, son el resultado de un esfuerzo colaborativo entre la persona afectada y el equipo profesional que la acompaña. Al respecto, esto expresaron los pacientes y sus familiares en los espacios conversacionales:

(O4GF1-3)

"No, mi deseo era seguir trabajando, yo tenía ganas de montar mi propio taller, pero... esto me truncó ese sueño... Claro, y no sé si voy a poder".

(O4GF1-13)

"Significativamente se nos cambió la vida, porque nosotros como personas tenemos planes, necesitamos organizarnos para tener planes... Esto fue un cambio de 180 grados".

En este mismo sentido lo expresan familiares de una persona que sufrió un ACV:

(O4GF1-8)

"Él era una persona muy activa, él salía, caminaba, pero el problema de él era el alcohol... Él quedó impedido completamente del lado izquierdo, o sea, no tiene fuerza, pero pues ya ha tratado de salir adelante, se ha esforzado mucho, ¿qué va a pasar?".

(O4GF1-11)

"A él le cambió mucho esto que sufrió, por lo que ya él no puede decir que va a ir a trabajar en su solar y no sabe si lo podrá volver a hacer".

(O4GF1-14)

"Él quedó sin movilidad de brazos, de piernas, siendo él una persona que es mecánico, que debe tener fuerza en las manos, que debe tener fuerza para caminar".

(O4GF1-64)

"Se volvió ella como más niña, ya le jugaba a uno como más niña, ella siempre fue una persona muy dura, o sea, fuerte y toda esa vaina, y ya con el problema, ya se volvió más niña".

(O4GF1-67)

"Él arrastraba su pie, para ayudarlo a subir al carro, para bajarlo del carro, todo el tiempo debía tener una persona que fuera con él, porque él se iba a ir de ese lado".

Comparar el antes y el después del ACV durante el proceso de atención en salud, permite identificar cuáles son las afecciones y consecuencias físicas, motoras, cognitivas, emocionales, mentales, psicológicas y aspiracionales que sufrió la persona, y que afectan su vida y la de su entorno, por las secuelas físicas, emocionales, aspiracionales y demás que ha dejado la ocurrencia del evento. Comprender desde la voz de la persona con ACV qué limitaciones tiene respecto a su pasado, y qué sueños, proyectos personales y/o familiares se han truncado a causa del ACV, favorece y enfoca la estrategia de atención.

**Objetivo de valor PROMs-No. 2.:** ***Un afrontamiento positivo***

Este objetivo pretende que la atención en salud contribuya al reconocimiento de la nueva identidad que surge tras un ACV, promoviendo el desarrollo de estrategias que brinden apoyo tanto a la persona afectada como a su entorno familiar para alcanzar el bienestar. Dichas estrategias deben enfocarse en fortalecer la salud mental y emocional, no sólo del paciente, sino también de quienes lo acompañan. Además, es fundamental que preparen a la persona para enfrentar el estrés generado por situaciones como la compasión excesiva, la discriminación, el maltrato y otros retos en el contexto familiar, social y laboral, que puedan afectar negativamente su bienestar psicológico. En este proceso, la persona que ha sufrido un ACV puede reportar como resultado en salud alcanzado, el reconocimiento de dificultades pasadas, identificar cambios en su comportamiento o pensamiento, compartir observaciones propias o de terceros, reflexionar sobre sus emociones y reconocer en qué aspectos necesita mejorar. Así lo expresan los familiares de los pacientes que han sufrido un ACV:

(O4GF1-15)

"Él ha tenido ciertos conflictos con personas que creen que es que él es lento, él no es lento, su problema que él tuvo no lo ha ayudado. Sí, se pudo recuperar completamente, o sea, él se ve físicamente bien, pero eso deja secuelas y en el hospital nunca le hablaron de qué hacer con eso".

(O4GF1-69)

"Hay muchas personas que emocionalmente se afectan y se dejan llevar de esa emoción, y no se recuperan".

(O4GF1-72)

"Yo me siento a veces solo y extraño muchas cosas".

También se encuentran testimonios del personal de salud, desde diferentes áreas como la fisioterapia:

(O4GF3-52)

"Sí, me parece fundamental ese primer contacto con la familia y con el entorno familiar, para brindarles apoyo y brindarles educación, y contextualizar un poco el proceso, porque finalmente la parte motora es una de las que más discapacidad genera, y más impacto genera en la vida del paciente".

Y psicología:

(O4GF3-45)

"Brindar una adecuada psicoeducación, digamos, ante todo ese proceso de afrontamiento, pero también brindar espacios acá al personal, al personal médico, al personal asistencial, porque es fundamental que desde el inicio al paciente se le brinde de una manera clara y sencilla ese diagnóstico, y a la familia".

**Objetivo de valor PROMs-No. 3.** ***Una atención en salud humanizada***

Este objetivo busca ofrecer una atención que reconozca a la persona que ha sufrido un ACV como un ser humano completo, en igualdad de condiciones con quien lo atiende. Se propone un enfoque integral que considere y responda a sus necesidades sociales, culturales y emocionales, adoptando una visión holística del individuo; así, la estandarización se aplica a los procedimientos y acciones, pero no al trato personal, el cual debe ajustarse a las

características particulares de cada persona. Aunque es posible establecer actividades previamente para alcanzar resultados uniformes, el trato hacia los pacientes debe adaptarse a sus singularidades. En este contexto, la persona con ACV tiene la posibilidad de expresar si se respetó su dignidad y autonomía, si fue escuchada en sus preferencias y preocupaciones, si se valoró la toma de decisiones compartida y si fue vista más allá de su condición médica. Estas reflexiones sustentan el propósito de este objetivo. En este sentido, una psicóloga de la IPS afirma:

(O4GF3-1)

"Es una atención integral, una atención que no sólo incluya desde la parte física, sino desde varios ámbitos, a nivel individual, familiar, toda esa parte humanizada que pueda brindarle a las personas una atención más humanizada, que les pueda servir desde todas las áreas de la vida, porque también es una condición que no sólo va a afectar una de las partes físicas, sino a todo el grupo familiar en la dinámica".

Mientras que, las personas con ACV y su familia expresan:

(O4GF1-24)

"Ella es una persona muy alegre, como se dice, no le hizo nada la enfermedad, para ella todo sigue igual, su vida es alegre y busca siempre ir a cocinar, pese a su limitación física".

(O4GF1-55)

"No me trataron como un dolor más, me sentí una persona"

**Objetivo de valor PROMs-No. 4. Mejorar los resultados en salud en un ecosistema de atención que aporta valor.**

Este objetivo pretende minimizar la gravedad de las complicaciones y secuelas causadas por un ACV, siempre que éstas puedan prevenirse o tratarse a través de intervenciones clínicas, teniendo en cuenta el bienestar a largo plazo de la persona afectada. En este contexto, tanto la persona que sufrió el ACV como su familia pueden reportar síntomas como dolor, ansiedad, alteraciones cognitivas, entre otros; así como compartir información sobre su recuperación —ya sea total o parcial—, la aparición de complicaciones, reingresos hospitalarios, fallecimiento o su calidad de vida después del alta médica. Un urgenciólogo expresa:

(O4GF3-4)

"Considero que la atención de valor en salud se traduce en mejores desenlaces clínicos, óptima rehabilitación y oportunidad en la atención".

Una radióloga considera:

(O4GF3-5)

"Considero que una atención en valor requiere organización, organización y lo que haya mejor disponible para el paciente, digamos en ese momento, eso de disponibilidad, habla sobre, desde el talento humano, pasando por la tecnología para la atención, y el desarrollo de los programas subsiguientes, después de la atención, ese acompañamiento posterior, para mí eso es una atención en valor, organización".

Las personas con ACV, expresan:

(O4GF3-5)

"Que se me permita expresar qué siento yo y no cómo lo interpreta el médico, y que eso se respete".

(O4GF1-76)

"Yo me canso al caminar, o sea, yo soy un hombre y ya no soporto el dolor, muchas cosas, entonces ellos qué van a decir, no, eso es un dolor normal, porque es que uno siempre tiene que ir es más allá de lo que los doctores están viendo".

**Objetivo de valor PROMs-No. 5.** ***La respuesta veloz y un traslado oportuno: una comunidad y un equipo clínico y administrativo entrenado y empoderado contra el ACV.*** En este objetivo se busca alinear la actuación de diferentes actores para proceder de manera rápida frente a la sospecha de un ACV. Esta cadena de acciones oportunas y adheridas a un guion debe iniciar desde la comunidad, el barrio y la zona, pasando por la atención prehospitalaria, hasta llegar a un servicio hospitalario que recibe a la persona con ACV con acciones orientadas por la activación de lo que se denomina un código ACV. Este guion se espera sea una construcción colectiva de todos los actores involucrados y el actuar oportuno de unas personas entrenadas.

De lo anterior, se espera que las familias, las escuelas, colegios, la comunidad en general, el personal prehospitalario, el personal clínico y administrativos de los hospitales se capaciten

y entrenen en el reconocimiento de una sospecha de ACV. Su identificación y traslado oportuno mejora la condición de la persona con ACV y los posibles desenlaces que esta enfermedad puede dejar. En este sentido, los resultados en salud que se pueden reportar se relacionan con la rapidez con la que se accedió a los servicios de salud, la presencia de un equipo de atención en salud capacitado, la activación oportuna del código ACV y la eficacia en la coordinación entre los distintos servicios y actores del sistema de salud. Al respecto, los familiares de una persona con ACV opinan:

(O4GF1-25)

"Él dice que él no sintió nada, que él simplemente sintió que se había quedado dormido, o sea, a él no le detectaron nada, no tenía presión alta, él de lo que ha sufrido toda la vida es del ácido bórico, de resto".

(O4GF1-26)

"Mi papá el domingo sintió malestar, dolorcito de cabeza, mi mamá le dio aromática, tomó acetaminofén, al martes lo llevó al centro de salud de allá un pueblo, del corregimiento Santa Rita, de (inaudible), lo llevó al médico, el azúcar bien, la presión arterial bien, y ya el martes en la mañana, mi mamá se levantó, puso a hacer los traguitos, le puso agua a calentar, ya mi papá no se movía, no hablaba".

(O4GF1-42)

"Porque yo también quiero saber en qué momento puedo reaccionar. Yo siento que ya la mano no la mueve, que eso, yo busco como sea una ambulancia, grito, pero pido ayuda, porque ya estoy identificando los factores relacionados con esta enfermedad".

Un paciente expresa:

(O4GF1-60)

"Cuando yo me fui a la casa, ya iba con el infarto, o sea, que el infarto me dio, y nadie, ninguno se dio cuenta".

Un urgenciólogo expresa:

(O4GF3-9)

"Un elemento que es muy importante, que es un déficit que tenemos a nivel local, y es la preparación del paciente, las familias y los equipos de atención prehospitalaria, nosotros tenemos muy malas campañas para la atención del ACV, si bien han mejorado en los últimos años, siguen siendo deficientes. Cuando a un paciente se le tuerce la boquita, se le tuerce la cara, empieza a hablar enredado, muy pocas personas identifican que eso es algo grave".

Un neurocirujano expresa:

(O4GF3-115)

"Este código debe tener una especie de un numeral, necesitamos una persona integrada, que puede ser de referencia, que simplemente marque y diga, está hablando raro, se le torció la boca, qué puedo hacer, que mientras llaman al 123, o a una ambulancia, de pronto tener una especie de una línea local, permita que se pueda ir actuando, que la

persona quede rotulada, para que cuando llegue ingrese de una y todo el personal está preparado”

**Objetivo de valor PROMs-No. 6.** ***Brindar atención hasta la fase de reincorporación*****.**

Crear valor en la atención de la persona con ACV, significa estar presente en todo el ciclo de atención, con una red de conocimiento que es orquestada por una IPS, pero que lidera hasta las fases finales de la atención de esa persona. Es por ello que crear valor no sólo es actuar de manera anticipada y transversal, en el momento agudo y subagudo, es un concepto de atención que se enfoca en una atención integral e integrada y que se reviste de acciones y estrategias de largo aliento como lo requieren las etapas de recuperación, rehabilitación y reincorporación, favoreciendo el regreso de la persona con ACV a su nueva cotidianidad, involucrando su familia y grupo cercano. Al respecto, una experta clínica en el manejo del ACV opina:

(O4GE1-2)

“Cuando me hablas como de centrada en el valor, me centro como en esa parte de centrada en el paciente, pero en una forma holística, o sea, no solamente hacer como la atención clínica, sino tratar de reubicar al paciente en la familia y en la sociedad, o sea, como tratar de que vuelva a ser una persona integral en todo, en la parte humana, en la parte laboral, todo, con la sociedad”.

**Recomendaciones del equipo clínico de la IPS en Colombia:**

I. Actuar conforme a la evidencia técnico - científica.

Una atención oportuna y eficiente en salud, desde el momento en que la persona se presente en la IPS o que se conozca que va a llegar alguien con un posible ACV, es fundamental para obtener mejores resultados en salud. Vencer posibles barreras de acceso a los servicios de salud, disponer de una estructura de recursos suficiente y concentrada en la atención, entrenar el personal en el evento y su tratamiento, y realizar prácticas clínicas adheridas a la evidencia científica actualizada y protocolos acordados, favorecerá lograr el estado de salud deseado por la persona. Al respecto opina un urgenciólogo:

(O4GF3-14)

"El grupo Recavar sacó un estudio que a mí me parece muy interesante, porque cuando uno mira afuera, los pacientes se demoran más o menos, entre 2.5 a 3 horas en llegar, cuando hay un accidente cerebrovascular, en cambio en nuestro país, casi todos los pacientes llegan por encima de las 6 horas, quiere decir que casi ningún paciente llega a los hospitales con el tiempo que uno tiene para hacer la intervención, entonces lo primero sería, impactar a nivel de salud pública, todas estas campañas, para el reconocimiento precoz, no solamente para la familia, sino para el persona de atención prehospitalaria y vencer así las barreras de acceso administrativa y clínica para la atención del ACV en el tiempo científicamente definido".

(O4GF3-15)

"Tenemos que irnos y volcarnos hacia unos sistemas de atención con telemedicina, que puedan apoyar más esos niveles de atención".

Además, un nutricionista afirma:

(O4GF3-31)

"Tener una especialidad de fonoaudiología para valorar a esos pacientes en el momento oportuno y evitar neumonías bronco-aspirativas".

Asimismo, una psicóloga expresa:

(O4GF3-45)

"En el caso de un accidente cerebrovascular, se requiere una rehabilitación neuropsicológica".

Adicionalmente, un neurocirujano indica:

(O4GF3-116)

"Le agregaría que falta cuidado paliativo, tenemos un déficit gigante en el apoyo del cuidado paliativo".

Mientras que, una experta internacional en ACV aclara:

(O4EE1-15)

"El equipo de salud lo debe complementar una higienista oral, para evitar complicaciones derivadas del cuidado dental"

Esta co-construcción de este nuevo significado tiene su relación directa y en función de los resultados en salud, que se convierten en la expectativa de quien necesita ser atendido por un ACV.

II. Valoración, enfoque y diagnóstico oportuno.

Establecer el enfoque y diagnosticar de manera oportuna es vital para dar inicio al tratamiento requerido, lo que favorece el mejoramiento de los desenlaces y es una oportunidad que ofrece una patología como estas, que es tiempo–dependiente. En este sentido se expresan diversos profesionales. Un nutricionista afirma:

(O4GF3-26)

"Desde el enfoque nutricional, pienso que es clave hacer un diagnóstico oportuno y rápido, porque la mayoría de los pacientes con ACV, tienen aproximadamente un 20% de sufrir malnutrición posterior al evento, entonces hacer un diagnóstico nutricional a tiempo, nos permite instaurar un manejo, que permita disminuir el riesgo de complicaciones".

(O4GF3-27)

"En la primera valoración nutricional, debemos valorar cómo está la parte deglutoria de ese paciente".

Desde el área de radiología expresan:

(O4GF3-61)

"El diagnóstico del ACV, es decir, tiene que ser en la primera etapa".

Mientras que, desde neurología opinan:

(O4GF3-91)

"Lo otro es, desde ese mismo momento inicial en que yo tomo la decisión, se tromboliza, no, ya no está en ventana, iniciamos manejo médico y observación 24 horas en la UCE, y se inicia como todos los estudios de estratificación, fundamental, lo que nos decían las compañeras de la parte de rehabilitación, una rehabilitación física y de fonoaudiología desde el momento inicial, es fundamental, porque es lo que ha mostrado que los pacientes tienen un buen desenlace a 90 días".

6.4.3.2. Los PREMs

En esta parte se referirán a aquellos objetivos que se construyeron entre personas con ACV, sus familias y equipo clínico y no clínico de la IPS en Colombia, con el fin de mejorar el proceso de atención respecto a la experiencia y expectativas de los usuarios, y el acceso y uso de los servicios de salud, según la percepción y expresión de ellos.

**Objetivo de valor PREMs-No. 1. Recurso suficiente para la demanda de los servicios.** En este sentido, se expresa que la cantidad de personal clínico no es suficiente para la cantidad de personas que demandan servicios, y que esto requiere un esfuerzo en el mejoramiento de la estructura e insumos para la atención. Al respecto opina un paciente:

(4GF1-80)

"Yo pienso que el médico que está en urgencias en un hospital de eso, donde él se para en la puerta y ve, hay 200 personas aquí, no hombre, yo creo que, ¿dónde está el

acetaminofén?, dale acetaminofén a todo ese poco de gente, porque es que atenderlos a todos para saber qué es lo que tienen, yo pienso que ese es el punto, porque llegamos a ese punto de que, todo ese poco de gente, o sea, el doctor se paró 2 veces en la puerta, yo pienso que él no alcanza para tanto".

**Objetivo de valor PREMs-No. 2. La empatía y la buena comunicación en salud.**

Estos son pilares fundamentales en la atención en salud, que aportan al mejorar la experiencia de la persona con ACV y sus resultados en salud. La empatía debe ser esa capacidad de ponerse en el lugar del otro desde la comprensión de los sentimientos de la persona con ACV y los de sus cuidadores y familia y la comunicación es ese medio para transmitir mensajes de la manera más clara que se pueda, favoreciendo el cumplimiento de lo que se quiere expresar y siendo sensible ante las necesidades, deseos y expectativas del otro. Este objetivo nace de expresiones y experiencias que refirieron los participantes de los espacios conversacionales.

Una persona con ACV expresa:

(O4GF1-86)

"La atención fue excelente, de todo el personal, de todo, incluyendo médicos, enfermeras, vigilantes, aseadoras, todo".

(O4GF1-47)

"Y vamos para urgencias, entonces es lo que él dice, estoy allá arriba y me van a bajar a urgencias, no hay un médico, no había nadie, no había forma de que le hicieran las

cosas, o ahí mismo, en la sala de... Tienen todos esos pasillos llenos de habitaciones, debería haber una parte que atiendan algo así como se presentó en ese momento".

Adicionalmente, un familiar del paciente opina:

(O4GF1-49)

"Él me buscaba la mirada a mí, pero cuando hubo un momento en que cerraron las puertas, él quedó adentro, como, o sea, y yo quedé afuera y nadie me decía nada".

(O4GF1-53)

"Él muy tranquilo, con su mano llena de sangre, bañó el baño, bañó la sábana, bañó el piso, bañó todo y la enfermera, ay, usted por qué no se puso la mano. No verificó que se la pusiera... Ella le dio la instrucción y se fue. Yo fui, le agarré la mano, se la sostuve, para esperar que se le parara la sangre, y nos fuimos para la casa".

Por otro lado, una médica general afirma:

(O4GF3-70)

"El tema de la comunicación nos falta comunicarnos con los pacientes y con los familiares de los pacientes, comunicarles realmente su situación, resolverles sus dudas, hablar con ellos".

**Objetivo de valor PREMs-No. 3. Cocrear**

Co-crear la experiencia de los servicios de salud y sus procesos es una manera de incluir y hacer partícipe a quien es protagonista en el sistema de salud, que para este caso es la persona con ACV. Co-diseñar con ellos, sus familias y cuidadores trae como consecuencia una

atención que mejora la calidad y la satisfacción. Co-crear es un proceso que le compete a todos los actores que participan en la atención en salud, y que, guiados por un significado común de valor, buscan soluciones que den respuesta a las necesidades y expectativas de sus usuarios. Al respecto se refiere el familiar de una persona con ACV:

> (O4GF1-75)
>
> "Lo que yo digo es que nosotros a veces nos confiamos mucho de la medicina, y nosotros decimos, no, es que el médico es el que tiene que saber, el médico esto, pero si usted va donde un médico y usted no le expresa a él qué es lo que usted siente, sino... O sea, sólo la molestia".

De este proceso, se puede concluir que "un gesto de humanidad puede ser el alivio de alguien que lleva años esperando la salud".

### 6.5. Una propuesta de ruta metodológica y estratégica en una IPS en Colombia, para transformar la atención en salud a la persona con ACV desde la comprensión del valor como la intersección entre lo relevante y diferente

El diseño de la propuesta de pilotaje para la implementación de una ruta estratégica y metodológica para la atención a personas con Accidente Cerebrovascular (ACV), según el modelo de Atención en Salud Basada en el Valor (ASBV), en una IPS en Colombia se orienta por los siguientes pasos:

### 6.5.1. Lo estratégico

De acuerdo con el enfoque, alcance y disponibilidad de recursos para la inversión, se debe seleccionar cuál o cuáles de las estrategias del modelo ASBV se van a implementar a fin de orientar la metodología. Las seis estrategias que plantea el modelo son:

I. El diseño y montaje de la UIPC para el ACV.
II. Medir los resultados en salud y costos de la atención por cada paciente durante todo el ciclo de atención.
III. Diseñar y negociar con los responsables de pago de los servicios de salud, un sistema de pago agrupado por paciente y ciclo de atención completo.
IV. Expandirse geográficamente.
V. Diseñar y crear redes de atención integral para la atención en salud de la persona con ACV.
VI. Invertir en la plataforma tecnológica y la estructura de la tecnología de información para tener un sistema de información diseñado a la medida y que responda a las necesidades del modelo.

A continuación, se esquematizan los pilares estratégicos de la propuesta a través del Círculo Virtuoso de Porter y Kramer, el cual se refiere a lo establecido por ellos en la Teoría del Valor Compartido (271), siendo este un enfoque propuesto por los autores para que las instituciones y sus organizaciones puedan ser más competitivas y aporten de una manera más segura y justa a la rentabilidad económica y social, considerando el contexto organizacional y social donde se desee aplicar esta estrategia que genera valor.

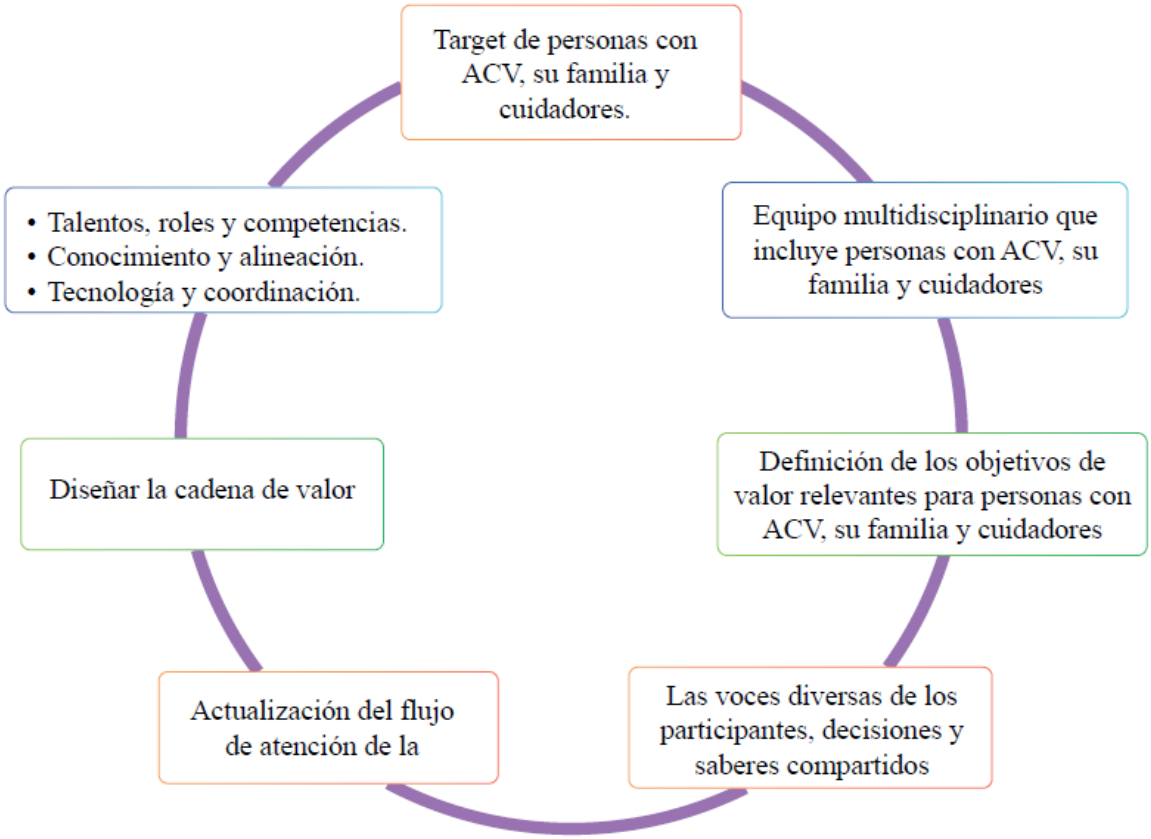


Figura 15. El Círculo Virtuoso para la atención de la persona con ACV en una IPS en Colombia (271)

Posterior a esta fase estratégica, se procede al diseño de la cadena de valor (148) para la atención de la persona con ACV en una IPS en Colombia, convirtiéndose en el marco donde se analizan las actividades a seguir durante el proceso de atención, y en este caso orientado por todo el ciclo de atención e identificando cómo cada etapa es un inductor de valor y contribuye a la creación de éste, observando en un sólo esquema la totalidad de la atención. De esta forma se optimizó cada paso de la cadena, y su enfoque está creado para reducir los costos de la atención, ser más eficientes, y como consecuencia, ser más competitivos, todo en función de lo relevante para la persona con ACV.

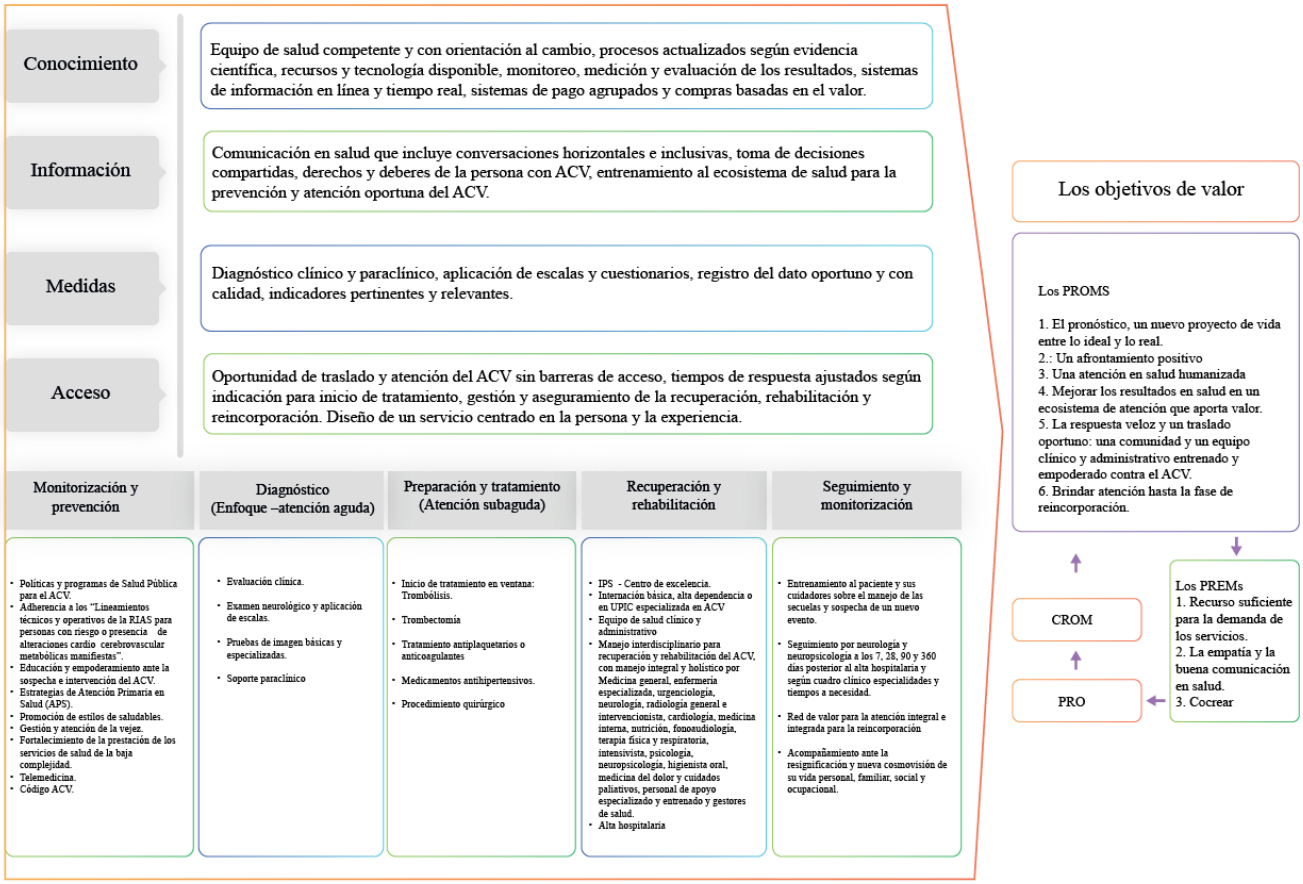


Figura 16. La cadena de valor para la atención de la persona con ACV en una IPS en Colombia (271)

## La definición de valor

Valor es alcanzar resultados en salud que se encuentren en el intercepto de lo relevante y lo innovador, que reconozcan la voz de la persona con ACV y los demás actores del ecosistema que crea valor. Estos resultados en salud provienen de la relación entre la atención en salud y lo que se invierte para obtenerlos. Donde la atención en salud se debe prestar a través de procesos asistenciales expertos, específicos, estandarizados, eficientes, con calidad y con un servicio humanizado, centrado en la persona y una comunicación asertiva, inclusiva y

participativa, generando un alto impacto en la efectividad, los costos, la sostenibilidad financiera y resultados económicos de la institución.

**La estrategia de valor**

La IPS en Colombia busca transformar su atención en salud en el marco de la creación de valor, centrado en la atención integral e integrada y en la persona con ACV. Esta estrategia se fundamenta en la medición de resultados en salud y sus costos, con el propósito de mejorar la calidad en la atención y sostenibilidad de la institución.

**Las dimensiones de valor**

Bajo un enfoque compartido y en el marco de la co-creación de valor, se deben establecer los indicadores que deben hacer parte del cuadro de mando institucional y de la red de valor. En este sentido, se deben establecer aquellas características que deben tener los resultados en salud, y que se reflejarían en las nuevas métricas y sus indicadores de la atención en salud. Para ellos y pensando en el ciclo de atención en salud a la persona con ACV completo y en sus niveles de gestión micro, meso y macro, las dimensiones propuestas son:

I. Adecuación
II. Accesibilidad
III. Eficiencia
IV. Seguridad
V. Calidad
VI. Costo – efectividad

VII. Experiencia

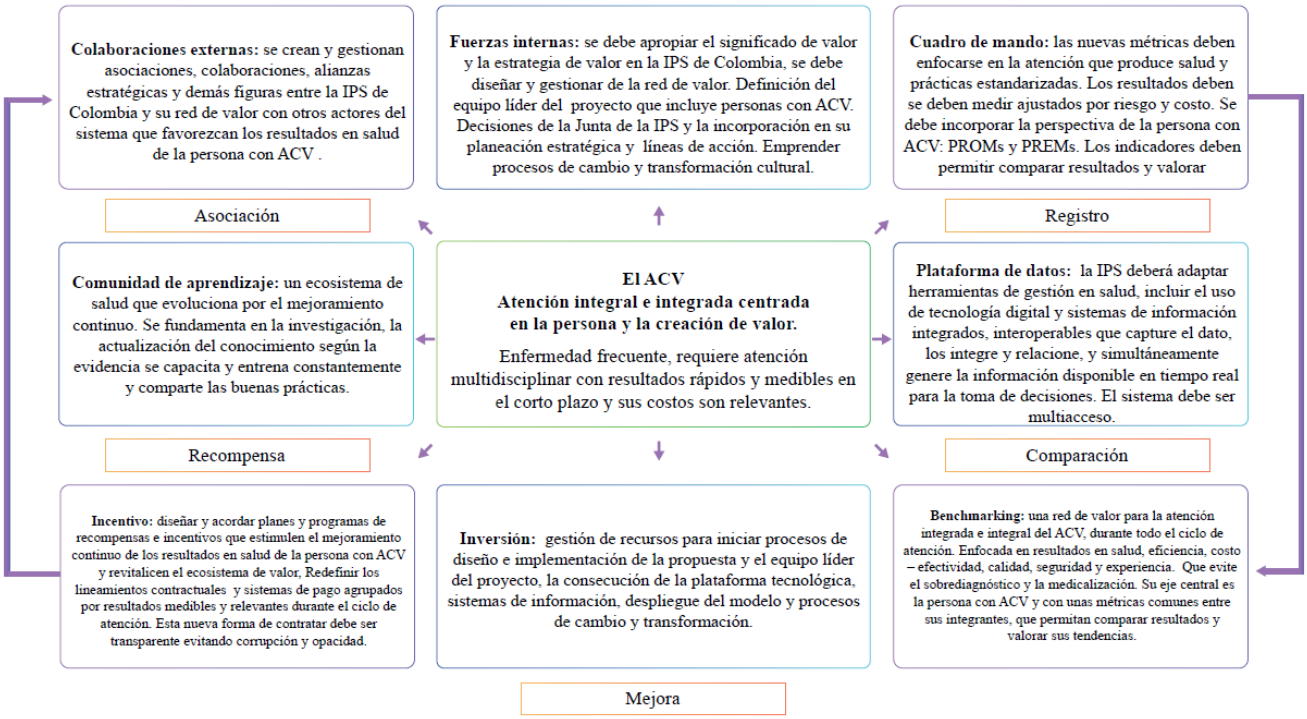


Figura 17. Esquema de enfoque estratégico para la implementación de la ruta metodológica para la atención de la persona con ACV en una IPS en Colombia (208).

**ICHOM y la guía de referencia para el ACV**

Este enfoque estratégico se complementa con lo sugerido por ICHOM, que es una organización sin ánimo de lucro fundada en el 2012 por Michael Porter, de Harvard Business School, y Martin Ingvar, del Instituto Karolinska y Boston Consulting Group, y que tiene por misión potenciar la atención basada en el valor mediante la definición de baterías estándar de medidas en salud que realmente importan a los pacientes, y su adopción en todo el mundo. Esta organización ha establecido en su guía para el ACV lo siguiente.

Tabla 16. Variables de Mezcla de Casos (169).

| Tipo de información | Población de pacientes | Medida | Momento de la captura del dato | Fuente de información |
|---|---|---|---|---|
| Datos demográficos | Todos los pacientes | Edad | Durante la admisión por ACV | Cínica |
| | | Sexo | | |
| | | Género | Momento basal | |
| | | Origen étnico | Durante la admisión por ACV | |
| | | Lugar de residencia | Durante la admisión por ACV, y hacer seguimiento 90 días + 7 días después de la admisión por ACV. | Según el paciente |
| | | Paciente que vive solo | | |
| | | Comorbilidades | Al inicio y anualmente | clínica |
| Tipo de ACV | Todos los pacientes | Tipo de golpe | Durante la admisión por ACV | Cínica |
| | | Gravedad del ACV | | |
| | | Duración de los síntomas | | Según el paciente |
| Vascular y sistémica | Todos los pacientes | ACV previo | Durante la admisión por ACV | Clínica |
| | | AIT previo | | |
| | | IAM previo | | |
| | | Enfermedad arterial coronaria | | |
| | | Fibrilación auricular | | |
| | | Diabetes mellitus | | |
| | | Hipertensión | | |
| | | Hiperlipidemia | | |
| | | Condición de fumador (actual o en año anterior) | | Según el paciente |
| | | Alcohol declarado por el paciente (>1 bebida al día) | | |
| Relacionado con el tratamiento / cuidados | Todos los pacientes | Evidencia diagnóstica | Durante la admisión por ACV | Clínica |
| | | Duración de la estancia | alta + 7 días | |
| | | Rehabilitación | | |
| | | Destino al alta | | |

Tabla 17. Variables de tratamiento (169).

| Tipo de información | Población de pacientes | Medida | Momento de la captura del dato | Fuente de información |
|---|---|---|---|---|
| Tratamiento | Pacientes con ACV isquémico | Terapia trombolítica | alta + 7 días | Clínica |
| | Pacientes con hemorragia intracerebral | Trombectomía | | |
| | Hemicraniectomía | Hemicraniectomía | | |

Tabla 18. Resultados (169).

| Tipo de información | Población de pacientes | Medida | Momento de la captura del dato | Fuente de información |
|---|---|---|---|---|
| Complicaciones agudas | Pacientes que recibieron tratamiento trombolítica o trombectomía | Hemorragia intracraneal sintomática tras trombólisis o trombectomía | Alta + 7 días | Clínica |
| Supervivencia y control de enfermedades | Todos los pacientes | Supervivencia global | Alta +7 días; 90 días + 7 días después del ingreso por ACV<br>Anualmente | Clínica |
| | | Capacidad para retomar las actividades habituales | Alta +7 días; 90 días + /- 7 días después del alta. | |
| Estado de salud comunicado por el paciente | Todos los pacientes | Calidad de vida relacionada con la salud | Alta +7 días; 90 días + 7 días después del ingreso por ACV | Según los pacientes |
| | | Alimentación | Durante la admisión por ACV | |
| | | Capacidad de comunicación | | |
| | | Movilidad | | |

| Tipo de información | Población de pacientes | Medida | Momento de la captura del dato | Fuente de información |
|---|---|---|---|---|
| | | Autocuidado (incluido el aseo personal, ir al baño y vestirse) | Alta + 7 días; 90 días +/- días después del alta. | |
| | | Nuevo ACV informado | 90 días + 7 días después | |
| | | Dejar de fumar | Durante la admisión por ACV | |

**Flujo de tiempos y/o cronograma de seguimiento**

El siguiente flujo ilustra cuándo deben recopilarse las variables por set de pacientes, clínicos y fuentes administrativas.

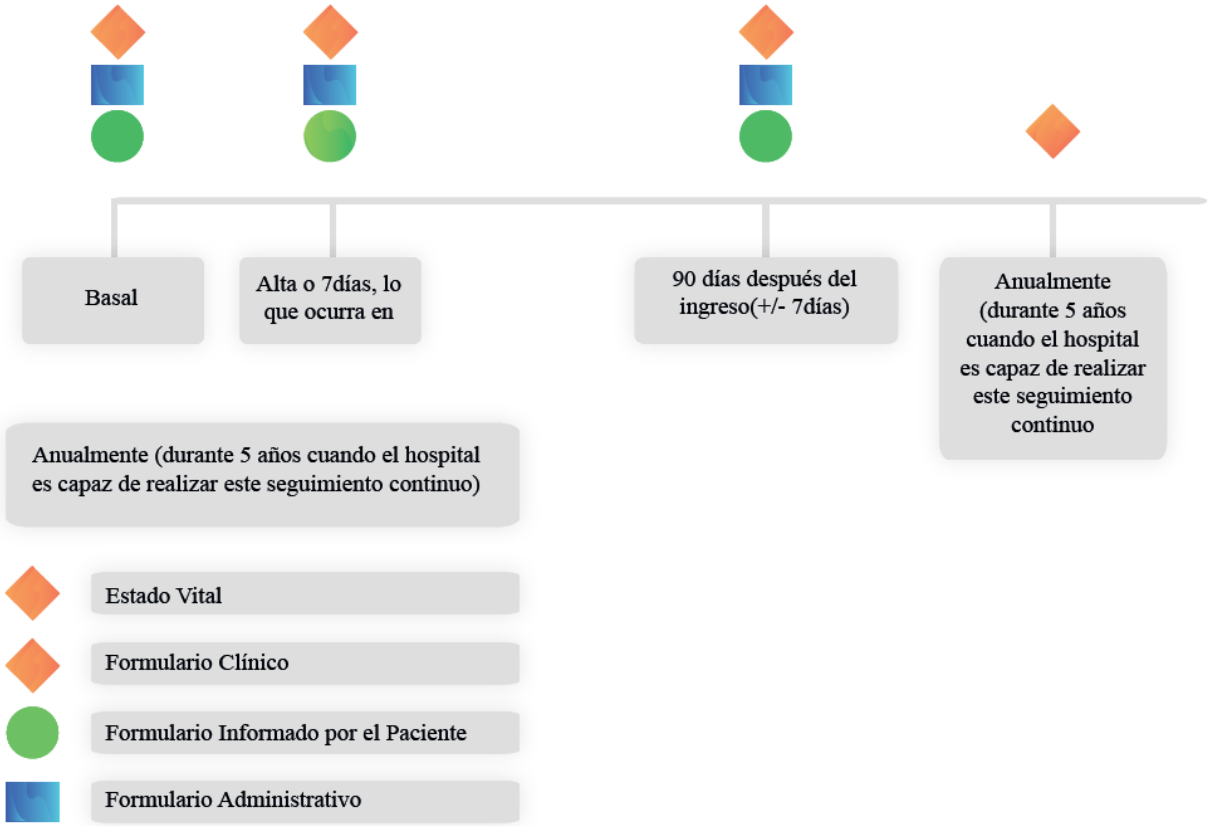


Figura 18. Cronograma de seguimiento para recopilar las variables establecidas de los pacientes, los médicos y las fuentes administrativas (169).

Los instrumentos y/o encuestas que se recopilan como medidas de resultados comunicados por los pacientes son:

- Patient Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) Short Form version 1.1 Global Health (PROMIS-10) – Patient/ Proxy. En español traduce: El sistema de información de medición de resultados informados por el paciente.
- La Escala de Rankin Modificada (mRS): este instrumento de evaluación se encarga de medir la discapacidad funcional tras un ACV.
- La Escala de ACV de los Institutos Nacionales de Salud (NIHSS): evalúa neurológicamente a la persona y se utiliza para medir su déficit neurológico en personas con ACV agudo.

### 6.5.2. Lo metodológico

La propuesta para el diseño y la implementación del reenfoque de la atención en salud a la persona con ACV en una IPS en Colombia se consolida en la siguiente ruta que especifica cada paso a seguir.

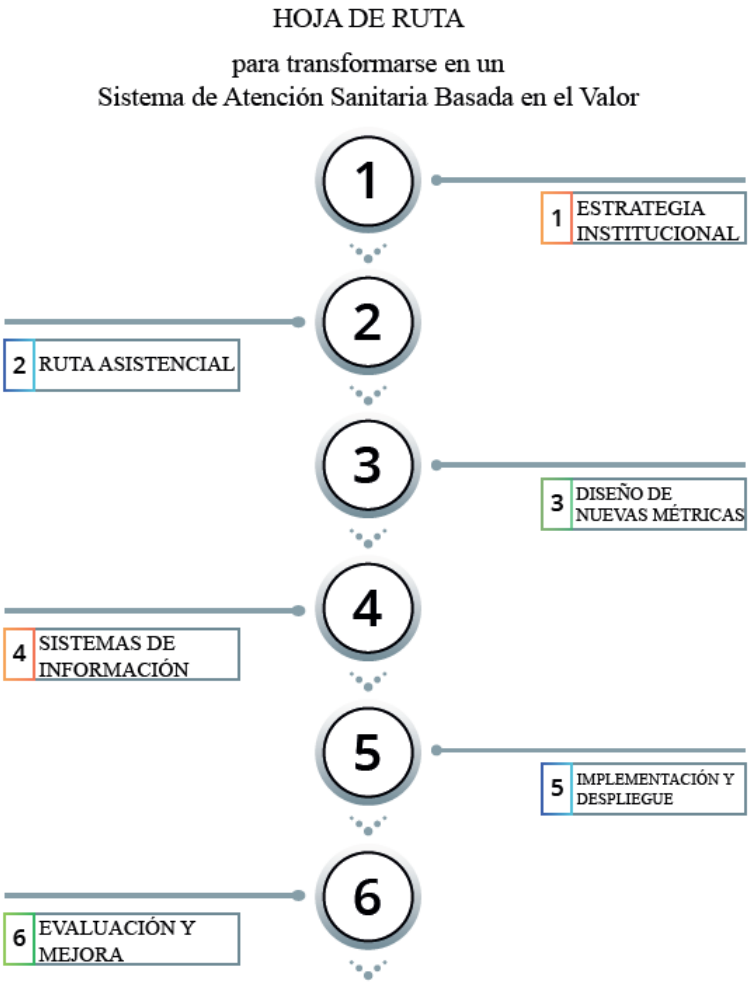


Figura 19. La ruta metodológica para la implementación de la atención en salud a la persona con ACV en una IPS en Colombia. (272)

**Paso 1. Estrategia institucional:** se define el marco estratégico del proyecto para la atención en salud a la persona con ACV, centrado en el valor.

**Paso 2. Ruta asistencial:** se realiza un mapeo del proceso de atención del ACV con participación y perspectiva de las personas con ACV, sus familias y cuidadores con el fin de identificar problemas, sugerir mejoras e incorporarlas.

**¿Qué hay que hacer en el mapeo de procesos?**

I.Diferenciar FASES del continuo de la atención.

II. Definir ACTIVIDADES realizadas en cada fase.

III. Reconocer ÁMBITOS ASISTENCIALES participantes.

IV. Identificar AGENTES involucrados en cada actividad.

V. Localizar los momentos de INTERACCIÓN con el paciente.

VI. Cuantificar el TIEMPO requerido en cada actividad y transiciones.

VII. Diagnosticar ÁREAS DE MEJORA

Este mapeo o modelación del proceso lo conduce el equipo líder del proyecto a través de grupos de trabajo locales, y deben ser multidisciplinarios, con líder clínico, administrativo y metodológico, y se debe dar con mucha pertinencia y compromiso. Como todo proyecto, debe estar acompañado de un cronograma, unos recursos, metodologías y materiales. Se desarrolla por fases, actividades, ámbitos, agentes, interacción y tiempos. Posterior a esta parte, se debe graficar el mapa del proceso garantizando que este se encuentre estandarizado, que sea comparable, interpretable y de fácil visualización. Finalmente, se deben detectar áreas y acciones de mejora, y de acuerdo con lo establecido se debe rediseñar, eliminar errores y deficiencias y garantizar que los procesos sean fluidos y que creen valor.

**Paso 3. Diseño de medidas:** en este punto se deben realizar grupos focales, entrevistas y usar otras herramientas metodológicas que faciliten la mejora de los procesos de acuerdo con la perspectiva que las personas con ACV, sus familias y cuidadores tienen. Para crear las medidas basadas en los resultados en salud y la experiencia, es fundamental tomar la información de los momentos de interacción que tiene ya establecidos los mapas de procesos.

Como resultado de ello, debe surgir el cuadro de mando unificado con sus indicadores centrados en los arquetipos de personas con ACV que tiene la institución, métricas asociadas a los PROMs, PREMs y CROMs, donde se miden los resultados por cada paciente, así como sus costos. Este último debe contar con una metodología de cálculo y análisis que le sirva al modelo de atención.

**Paso 4. Sistemas de información:** toda esta información debe integrarse en la plataforma tecnológica, para que de esta forma se permita el *benchmarking* y garantizar desde los sistemas de información y tecnología asociada que la captura del dato y su transformación en información sea en tiempo real, y que de la misma manera los interesados puedan entrar a consultar lo contenido en la plataforma y así informarse y poder tomar decisiones oportunas y pertinentes.

**Paso 5. Socialización y despliegue:** la comunicación de los nuevos procesos y métricas son el inicio para un cambio de paradigma y la transformación cultural de la organización para generar valor. Por este motivo, se debe iniciar la formación, capacitación y entrenamiento a líderes asistenciales, administrativos y equipos multidisciplinares. Se deben formar personas en la parte metodológica e informática, así como quienes aplicarán los instrumentos de medición y experiencias.

La institución en general se debe capacitar en la toma de decisiones compartidas, comunicación en salud y demás temáticas relacionadas y pertinentes. Como es una transformación cultural, se deben diseñar encuestas sobre la cultura del valor que permitirá

ver el avance del proceso. Se debe diseñar y ejecutar un plan de comunicación y sensibilización y este se debe modelizar de manera sistemática.

**Paso 6. Evaluación y mejora:** este proceso se debe enfocar en el contraste de los resultados esperados versus los alcanzados, según los indicadores establecidos en el cuadro de mando y sus dimensiones.

Después de integrar cada una de las categorías revisadas en este compendio de resultados, se puede observar que la persona con ACV y su voz son los elementos centrales, que han sido visibilizados y extraídos de los discursos reduccionistas y acotados de la medicina bio-asistencialista, y con un pensamiento diferente de que la salud se construye desde diversas ópticas, sectores, recursos y demás elementos como los mismos determinantes sociales en salud. Se puede concluir que mejorar los resultados en salud de la persona con ACV en una IPS en Colombia es una decisión de red, que resignifica y co-crea la atención en salud basada en el valor, en el marco de la cultura de la excelencia, orientada por la intersección entre lo relevante y diferente, y nace como tesis central de esta investigación que:

"***Los resultados en salud de una persona con ACV son la emancipación de su voz"***

## 7. DISCUSIÓN

La gestión en salud es una herramienta esencial para que la salud pública funcione de manera efectiva, y a su vez, para que a través de ella se intervengan problemas relacionados con el control y prevención de las enfermedades, y por consiguiente, se impacte en la atención en salud de las personas con condiciones médicas como el ACV (273). Por lo anterior, es la gestión en salud desde el marco de acción de la Salud Pública, la encargada de reenfocar la

atención en salud de estas personas en Colombia, y pasar de una estrategia de volumen a una nueva como lo es la que está centrada en el valor(44), tal cual como se ha venido implementado en el mundo (208).

Para analizar la atención en salud a la persona con ACV en una IPS en Colombia bajo una perspectiva tradicional y sistémica, e integrando los criterios de investigación de calidad en la atención (274–276), esta discusión se va a orientar bajo tres grandes componentes: la estructura, el proceso y los resultados, los cuales se contrastarán de manera constante con los modelos emergentes ASBV y ACP.

### 7.1. La estructura

El desarrollo de la categoría subsidiaria: una red que une talentos, habilidades y conocimientos, en el marco de una atención centrada en el volumen, deja ver, según el análisis documental institucional, que el equipamiento y el recurso humano de la IPS en Colombia está diseñado y obra en el marco de una atención en salud a la persona con ACV bajo el enfoque de servicio básico (124). Según los hallazgos, la IPS no tiene un enfoque de especialización, ni una ruta de atención orientada a los criterios y estándares por los que se rigen los centros de salud que se certifican en la atención del ACV (277). Esta decisión no se relaciona ni restringe la calidad de la atención, lo único que se puede concluir es que su enfoque no se alinea con esta tendencia que hay en Colombia para la atención certificada a la persona con ACV (278–280).

En este mismo sentido, tampoco hay una relación con lo sugerido en los modelos ASBV y ACP (68,73,158), donde la atención se debe centrar en la persona, sus necesidades, deseos y

expectativas, así como en su experiencia; y para ello, la IPS debió disponer de más talento humano en sus equipos de salud, de tal manera que los contactos durante la atención aumentaran en cantidad y calidad, y haciendo uso del soporte que dan las herramientas de la comunicación en salud (191,192). Esto también fue reportado por los participantes en los espacios conversacionales.

### 7.2. Los procesos

Al analizar la categoría subsidiaria: la atención en salud en Colombia, un enfoque hacia el volumen; se identificó que en la IPS en Colombia, la atención en salud a personas con ACV tiene un comportamiento orientado a los datos y cifras, y su enfoque está centrado en el volumen, donde la relevancia no está en el efecto de lo que se genera en la prestación de los servicios, sino en el volumen de los mismos (242), lo que fortalece la suma cero (281) del sistema de salud en Colombia (242). Pese a que la IPS, tenga en su plataforma estratégica la creación de valor y la atención centrada en la persona y su familia (282), su información no da cuenta de ello en comparación a lo que refiere filosóficamente los modelos ASBV y ACP (73,194).

La información que se genera desde IPS en Colombia se asocia a unos indicadores que generan información de calidad según la normatividad colombiana (52), donde los datos atienden al monitoreo de la prestación de los servicios de salud en el marco de unos estándares generales, y el cumplimiento de los mismos nace de datos y registros de la historia clínica y/o de la facturación (283,284). No obstante, la IPS da cumplimiento desde su rol, alcance y competencia en el nivel micro del sistema de gestión en salud, aportando a la

protección y garantía de la salud como un derecho fundamental en un sistema de salud en crisis, no alineado y fragmentado (49,61,285).

En la normatividad colombiana, y los lineamientos contenidos en guías y protocolos para la atención del ACV hay serias limitaciones, porque pese a que han existido iniciativas legislativas, a la fecha no hay una norma que categorice esta enfermedad con el carácter de Salud Pública, pese a que es un problema para la misma; adicionalmente, la única guía específica para ACV se limita a la población mayor de 18 años y al tipo de evento isquémico. Desde el enfoque preventivo se encuentra la Ruta Integral de Atención en Salud para personas con riesgo, o presencia de alteraciones cardio cerebrovascular-metabólicas, y no hay nada que documente cómo se puede atender el proceso de rehabilitación posterior al año de ocurrencia del ACV, por consiguiente, el reintegro de la persona a su nueva cotidianidad. Situación diferente que se vive en los países donde se ha implementado el modelo ASVB (208,208,286).

El ACV se presentó en la IPS de Colombia con alta frecuencia para el año 2024, porque según datos se estima que aproximadamente cada dos días egresaba en promedio una persona con ACV, pero de forma contraria no fue tan representativo desde la cantidad de personas que egresaron por esta condición médica. Del total de personas que egresaron con ACV como diagnóstico principal, frente al total de personas que egresaron en la institución, solo representaron el 2%, pero este análisis podría variar si se analizarán los diagnósticos de egreso diferentes al principal.

La IPS en Colombia atendió en el año 2024 a la persona con ACV en condiciones básicas de salud, según la GPC de Colombia (124). La oportunidad del enfoque y el diagnóstico clínico y de imagen se realizó en los tiempos establecidos a más del 90% de las personas, lo que no ocurrió, según datos, con la clasificación de la severidad del evento, y tampoco se halló reporte de análisis de desenlaces. Un punto crítico que se debe analizar con mayor profundidad es el acceso a los tratamientos por tratarse de una patología tiempo-dependiente, debido a que no hay claridad en los motivos que no permitieron que aproximadamente el 90% de las personas no hubiese podido acceder de manera rápida a los tratamientos del ACV isquémico. Un dato importante y que se debe considerar para mejora de la calidad en la atención post egreso, son los reingresos al alta de las personas con ACV, los cuales fueron 7.2% de las 290 personas que egresaron con esta condición médica, y de los cuales dos fueron atribuibles a la atención de la IPS.

En esta institución no hay registro de medición de la experiencia del paciente, sólo se encuesta post egreso a la persona con ACV y/o su familia con preguntas que evalúan la satisfacción. La evaluación de la satisfacción dio un resultado positivo en la satisfacción general, ya que supera la meta institucional que es igual al 95%. No existen tampoco registros de medición de resultados en salud y costos de la atención por persona, ni tampoco de pagos agrupados, según lo indica el modelo ASBV (287). Este hallazgo, y la evidencia de los procesos de facturación según el registro de los mismos, así como el de la medición de los costos, reflejan que la contratación es por evento, y el sistema de pago igual, lo que permite concluir que la institución centra la atención de la persona con ACV en el volumen (288).

### 7.3. Los resultados

Respecto a la categoría subsidiaria: el cambio de la atención en salud de la persona con ACV desde la creación de valor, una propuesta desde la acción y el saber de las voces diversas, se pueden observar aspectos que favorecen y/o limitan la implementación de modelos emergentes de la gestión en salud, tal como lo evidencia la literatura científica (77). La puesta en marcha de este nuevo enfoque se ha centrado en aspectos como la conceptualización de lo que es el valor y los objetivos que son relevantes para los pacientes y/o personas con una condición médica, su aplicación ha sido fragmentada, hay poca evidencia de implementaciones integrales, pero sí hay una buena actitud frente a los resultados que esta nueva forma de atención en salud puede generar.

Este panorama no es diferente en la IPS de Colombia, donde los participantes en los espacios conversacionales expresaron su buena perspectiva frente a la propuesta del modelo ASBV; de igual manera, consideraron que es relevante volver a ubicar a la persona con ACV en el centro del sistema, y que su experiencia y resultados de la atención son muy importantes, consideración que está en la misma vía de lo reportado en la literatura con otros casos en el mundo (289).

Otro eje de mucha importancia y que favorece el cambio de modelo de atención, según lo informado en los espacios conversacionales y multidisciplinarios, fue la comunicación en salud; una herramienta de la gestión que se reconoce como vital, la cual en la actualidad no se utiliza de la mejor forma, pero que se ve como una estrategia positiva. Esta ventaja también ha sido reconocida ampliamente en las publicaciones de los modelos ASVB y ACP, donde se

refiere como una estrategia de reconocimiento de la persona, su empoderamiento y la capacidad para la toma de decisiones en el proceso de atención en salud (290).

La definición de valor, su estrategia, el alcance y sus dimensiones, que son parte de los resultados de esta investigación, favorecen la implementación del modelo, debido a que filosóficamente se comparten los mismos principios base del enfoque porteriano; sólo que el contexto de la IPS en Colombia, por sus propias necesidades dan relevancia al propósito de generar elementos que sean fundamentales para la persona con ACV, diferenciadores e innovadores, respecto a cómo se presta la atención en salud en la actualidad. Este es un concepto que va en línea con lo referido en recientes publicaciones sobre este tema (291).

No obstante, en estos resultados también se consideró por parte de los participantes que la implementación del modelo se restringe por la situación financiera que vive en la actualidad el sistema de salud en Colombia, ya que la disponibilidad de recursos se ve limitada, debido a que se deben atender otras necesidades y prioridades en salud. Esto desplaza la inversión en tecnología y sistemas de información, el seguimiento de la persona después del egreso hospitalario hasta su reintegro social y laboral, así como otros elementos clave del proceso de atención en el largo plazo, situación que ha sido común en otras partes donde se ha implementado el modelo (78).

Pese a lo anterior, y en coherencia con lo que expresa la literatura científica frente a este modelo, hay una muy buena perspectiva frente al cambio, es un reto a la excelencia, y de esta forma lo ven los actores del sistema que participaron en los espacios conversacionales. De igual manera, los participantes piensan que es una muy buena opción hacia donde puede

migrar el Sistema de Salud (292) colombiano (30), exigiendo mayor liderazgo de los quipos clínicos (293) y un reenfoque de la gestión de los procesos hacia la eficiencia y la costo-efectividad (294).

Con relación a la categoría subsidiaria: los nuevos resultados en salud son la voz de la persona con ACV; una resignificación del deseo ante lo inesperado, es una resignificación del paradigma de lo que es el resultado de la atención en salud, un significado unísono entre quienes participaron con su saber, rol y experiencia en los encuentros conversacionales, dando la importancia de los resultados en salud desde lo reportado por la persona con ACV y cómo esto se relaciona con el beneficio que trae a la salud y calidad de vida de estas personas, concepto que está alineado con el devenir del modelo y su alcance como métrica, según la literatura (295,296).

En este sentido, la rehabilitación y el pronóstico sobre los desenlaces es un tema vital que se debe valorar en la persona con ACV; este factor ha sido muy relevante dentro de los grupos conversacionales, por cuanto genera preguntas y ansiedad, entre otros sentimientos que se asocian a los cambios de la vida futura, respecto a los planes que se tenían antes del evento; por tanto, fortalecer el afrontamiento y la rehabilitación es la estrategia de la atención que puede acercar la realidad esperada y lo alcanzado en un espacio de incertidumbre, en tiempos de espacio definidos en el ciclo de atención, y tal como lo expresan las publicaciones al respecto, donde se considera que debe ser la persona con ACV quien se exprese sobre sus avances (297,298).

En acuerdo con la literatura sobre los PROMs y los PREMs, los participantes expresaron que la estandarización de las actividades es importante y válida para fortalecer la eficiencia de los procesos de atención en salud, pero que no se puede convertir en una herramienta para invisibilizar a las personas y desconocer su particularidad, lo que podría caer en una atención en salud deshumanizada y de esta forma perder el alcance y propósito del significado de valor, que se ha convertido en una forma de escuchar lo diverso de las voces y reconocerlas en un ecosistema que aviva cada día la mejor manera de producir resultados en salud, desde la atención en salud (86,299,300).

Estudios que se han realizado a la fecha reflejan lo referido por los participantes de esta investigación en lo relacionado con la valoración del daño que genera el ACV y su relación con la atención oportuna, así como la ejecución a tiempo del tratamiento, siendo estos factores muy importantes para estas personas, que consideran deben ser integrados a los resultados informados por la persona que sufrió el ACV en fases posteriores a su egreso hospitalario (301). En este sentido, también sobresale la importancia de la comunicación en salud y la toma de decisiones compartida que favorezca el co-diseño del servicio (302).

Lo hallado en la categoría subsidiaria: una propuesta de ruta metodológica y estratégica en una IPS en Colombia, para transformar la atención en salud a la persona con ACV desde la comprensión del valor como la intersección entre lo relevante y diferente, corresponde a una nueva representación de lo que es generar salud, desde la perspectiva de la persona con ACV en condiciones ideales, lo que permite reconocer que lo expuesto en este componente es el lugar ideal al que debe llevar el camino o ruta que ha trazado la estrategia, y que se apoya en

una realidad metodológica, permitiendo espacios de aprendizaje continuo que se motivan por lo iterativo del ciclo investigación, acción y participación.

Esta propuesta descansa en un resultado dinámico y de continua resignificación, donde cada día existirán mejores formas y maneras de brindar la atención en salud a la persona con ACV, pero según lo referido por los actores de este estudio, los resultados siempre deben ser un intercepto entre lo relevante y lo diferente, un desarrollo a escala que fortalezca un discurso de horizontalidad y que evite relaciones de poder que oculten la voz de la persona con ACV detrás de los discursos técnicos y poco claros de la medicina bio-asistencialista.

Cada una de las dimensiones del nuevo cuadro de control y sus métricas deben ser un reflejo de la emancipación de esa voz que refleja la realidad de los resultados en salud, producto de una atención humanizada, que se comunica, se escucha y se empodera. Esto facilitará iniciar nuevas formas de relacionar y producir salud y mejorar la atención a la enfermedad, bajo la perspectiva de un ecosistema de salud que se reproduce en los niveles micro, meso y macro de un sistema de salud como el colombiano. El modelo ASBV, y en su contenido el ACP, son una tendencia en el mundo de la transformación sanitaria que deja ver nuevas oportunidades de hacer mejor las cosas y el reto es sumarse a esa tendencia (77,303–305).

## 8. LIMITACIONES

Este es un estudio que recurrió a la Investigación Acción Participación (IAP) y a métodos de investigación cualitativa para la generación de los datos y a las técnicas de la teoría fundamentada para su posterior análisis. En términos de los espacios conversacionales, cada uno de los participantes aceptó asistir y compartir su conocimiento de manera libre y

voluntaria. Lo que no impidió dar información diferente o adicional a lo expuesto en esta investigación.

Cada participante dio información desde su rol, competencia y nivel de gestión en salud al que pertenece, y de allí que fue “la voz de los actores del sistema de salud en Colombia”, la que se analizó y se presentó como resultado y discusión del estudio. Durante el desarrollo de los grupos y espacios conversacionales se halló que había coincidencia en la información que se aportaba en los diferentes temas y asuntos abordados. La interpretación del investigador con relación a los datos obtenidos y su procesamiento, fue validada con diferentes actores participantes en los espacios conversacionales, y de la misma manera, se hizo con tres expertos internacionales en la implementación del modelo: un profesional clínico nacional y un experto clínico internacional con conocimiento en el modelo y su desarrollo; con estas evaluaciones el estudio fue ajustado, según las necesidades y pertinencia.

En este enfoque metodológico, que tiene como fin generar conocimiento, y de manera simultánea promueve el cambio de la atención en salud a la persona con ACV, se contó con la participación de diversos actores del sistema de salud en Colombia, los cuales han estado en casi todas las fases del estudio, situación que posibilita que se presentaran algunas limitaciones como: subjetividad en el proveer la información, debido a que en algunos momentos se presentó cercanía entre los participantes, lo que pudo haber influido en sus relatos; y en este sentido, el rol profesional del investigador se debió mantener abstraído para alcanzar un posicionamiento que afectara en menor proporción la recolección e interpretación de los datos.

Una limitación expresa es que los resultados de esta investigación no se pueden generalizar, sólo transferir a otras condiciones médicas y/o instituciones o sistemas de salud, y en ellos se debe contextualizar el conocimiento. La coordinación de los grupos y espacios conversacionales logísticamente fue compleja, pero se ajustó de acuerdo con las condiciones y necesidades de los participantes. En virtud de ello, se gestionaron espacios con ambientes favorables para la comunicación, y el tiempo máximo utilizado fue de una hora.

Desde el componente ético, se dio cumplimiento a todo lo establecido en el acta de aprobación y se respetaron las condiciones previamente informadas y acordadas con los participantes antes de cada espacio conversacional.

Se gestionaron adecuadamente las expectativas que podía generar el estudio frente al deseo de que el cambio en la atención en salud a la persona con ACV se diera en el corto plazo, donde se informó que el estudio entrega una propuesta estratégica y una ruta para su futura implementación, donde su puesta en marcha dependerá de la evaluación que se haga en su momento, y de lo que resulte de valorar condiciones de pertinencia, viabilidad y factibilidad requeridas.

La priorización de las problemáticas estuvo a consideración del investigador, el equipo de investigación y los asesores expertos en la temática y las decisiones que se tomaron al respecto fueron consensuadas.

# 9. CONCLUSIONES

El ACV es una enfermedad que debe tener carácter de Salud Pública y su manejo debe ser integrado e integral, empezando por gestionar el riesgo del evento hasta el reintegro de la persona con ACV a una nueva cotidianidad.

El ACV, por sus características de ser una enfermedad tiempo-dependiente, se debe gestionar desde el entrenamiento de la comunidad y las personas para que se detecte ante cualquier sospecha, los equipos prehospitalarios y clínicos se deben capacitar continuamente para brindar una oportuna, eficiente y efectiva atención durante todas las fases del ciclo de atención aguda y no aguda.

Hay una actitud positiva frente a la orientación a la excelencia de la atención de esta condición médica desde el modelo ASBV y el reconocimiento de la persona desde el enfoque ACP, lo que favorece una transformación cultural de la atención en salud y unos procesos que se revitalizan por el contacto con la persona con ACV, para un co-diseño del servicio y su experiencia con el conocimiento de los actores del sistema de salud, para de esta forma dar respuesta a los resultados en salud relevantes para las personas con ACV.

Mejorar los resultados en salud de la persona con ACV en una IPS en Colombia, es una decisión de red, que resignifica y co-crea la atención en salud basada en el valor, en el marco de la cultura de la excelencia, orientada por la intersección entre lo relevante y diferente.

Implementar este modelo tiene limitaciones de recursos para la adecuación tecnológica de sistemas y plataformas de información desde la IPS en Colombia, para el seguimiento a los

resultados en salud y costos por paciente durante todo el ciclo de atención. De igual forma, en la creación de una red de valor, la cual se puede ver limitada por paradigmas preexistentes, relacionados con formas de contratación, planes y programas de incentivos afectados por la transparencia, la corrupción y la opacidad.

El valor en la atención en salud a la persona con ACV en una IPS en Colombia significa mejorar la experiencia del servicio, obtener resultados sostenibles en el tiempo, velar por la continuidad de la atención y entregar a la sociedad una persona con salud y con los elementos y capacidades para mantenerlos y maximizarlos en el largo plazo, todo en el marco de la excelencia, la comunicación y humanización en salud.

# 10. RECOMENDACIONES

**Respecto al modelo y su implementación en Colombia.**

Considerando las tendencias de la transformación de los sistemas de salud en el mundo, y la atención en salud como la principal estrategia de la gestión en salud, se debe apostar con recursos y voluntad, de tal forma que se pueda implementar de manera integral en diferentes condiciones médicas y en diversas instituciones guiados por metodologías participativas que enriquezcan lo plural del saber, y una construcción del conocimiento que guie nuevos enfoques de la prestación de los servicios de salud en Colombia y mejore los resultados en salud.

**Respecto a la investigación.**

Se debe favorecer la implementación en la IPS en Colombia, para que de esta forma se aporte a la experiencia del modelo y poder adecuar dentro de la organización el saber para mejorar los resultados en salud de la persona con ACV, y en el futuro, de otras condiciones médicas.

## 11. REFERENCIAS


1. Organización Mundial de la Salud AM. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud; 2000.

2. World Health Organization. Promoción de la salud: glosario [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf

3. Vergara-Iturriaga M, Martínez-Gutiérrez MS. Financiamiento del sistema de salud chileno. Salud Pública de México. 2006;48(6):512-21.

4. Elorza ME, Moscoso NS, Lago FP. Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. Revista Cubana de Salud Pública. 2017;43(3):432-48.

5. Hurtado Hoyo DE, Losardo RJ, Bianchi RI. Salud plena e integral: un concepto más amplio de salud. Revista de la Asociación Médica Argentina. 2021;134(1):18-25.

6. Departamento Nacional de Planeación. Prestación del Servicio [Internet]. [citado 13 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.dnp.gov.co/LaEntidad_/subdireccion-general-prospectiva-desarrollo-nacional/direccion-desarrollo-social/Paginas/prestacion-del-servicio.aspx

7. United Nations Department of Economic and Social Affairs. Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2023: Edición especial. Erscheinungsort nicht ermittelbar: United Nations; 2023. 1 p.

8. Ynoub RC. Cuestión de método: aportes para una metodología crítica. Tomo I. Primera Edición. México, D.F: Cengage Learning; 2015.

9. Luker J, Lynch E, Bernhardsson S, Bennett L, Bernhardt J. Stroke Survivors' Experiences of Physical Rehabilitation: A Systematic Review of Qualitative Studies. Arch Phys Med Rehabil. 2015;96(9):1698-708.e10.

10. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins S, Sacco RL, Hacke W, et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. International Journal of Stroke. 2022;17(1):18-29.

11. Red Colombiana Contra el Ataque Cerebrovascular. El Ataque Cerebral en Cifras [Internet]. Estadísticas ACV: conoce la incidencia y los factores de riesgo. 2015. Disponible en: https://www.recavar.org/quienes-somos-recavar

12. Organización Mundial de la Salud O. Las 10 principales causas de defunción. 2020 [citado 26 de septiembre de 2024]. Las 10 principales causas de defunción. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death

13. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins SO, Pandian J, Lindsay P, et al. World Stroke Organization: Global Stroke Fact Sheet 2025. International journal of stroke : official journal of the International Stroke Society. febrero de 2025;20(2):132-44.

14. GBD 2021 Stroke Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet Neurology. octubre de 2024;23(10):973-1003.

15. Sharma M, Lioutas VA, Madsen T, Clark J, O'Sullivan J, Elkind MSV, et al. Decline in stroke alerts and hospitalisations during the COVID-19 pandemic. Stroke and Vascular Neurology. 2020;5(4):403-5.

16. Feigin VL, Martins SC, Brainin M, Norrving B, Kamenova S, Giniyat A, et al. Twenty years on from the introduction of the high risk strategy for stroke and cardiovascular disease prevention: a systematic scoping review. European Journal of Neurology. 2024;31(3):e16157.

17. Gaona Pineda HL. Caracterización del ataque cerebro vascular isquémico en una clínica de tercer nivel de la ciudad de Barranquilla. 2023 [citado 16 de octubre de 2024]; Disponible en: http://repository.unilibre.edu.co/handle/10901/28369

18. Johansson A, Drake I, Engström G, Acosta S. Modifiable and Non-Modifiable Risk Factors for Atherothrombotic Ischemic Stroke among Subjects in the Malmö Diet and Cancer Study. Nutrients [Internet]. 6 de junio de 2021 [citado 25 de septiembre de 2024];13(6). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34204127/

19. Martin SS, Aday AW, Almarzooq ZI, Anderson CAM, Arora P, Avery CL, et al. 2024 Heart Disease and Stroke Statistics: A Report of US and Global Data From the American Heart Association. Circulation. 20 de febrero de 2024;149(8):e347-913.

20. Martínez R, Soliz P, Campbell NR, Lackland DT, Whelton PK, Ordúñez P. Asociación entre el control de la hipertensión arterial en la población y la mortalidad por cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular en 36 países y territorios de la Región de las

Américas, 1990-2019: un estudio ecológico. Revista Panamericana de Salud Pública. 2023;46:1-13.

21. DANE. Estadísticas Vitales (EEVV) Defunciones fetales y no fetales 2.º trimestre 2023pr, año corrido 2023pr [Internet]. 2023 [citado 16 de octubre de 2024] p. 1-34. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/operaciones/EEVV/bol-EEVV-Defunciones-IItrim2023.pdf

22. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators [Internet]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2023 [citado 17 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en

23. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Cuando la muerte es evitable [Internet]. Bogotá, D.C.; 2023. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/15.%20Cuando%20la%20muerte%20es%20evitable.pdf

24. DANE. Estadísticas vitales de nacimientos y defunciones - Históricos [Internet]. Colombia: DANE; 2023. Disponible en: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/nacimientos-y-defunciones/estadisticas-vitales-nacimientos-y-defunciones-historicos

25. Contreras JP, Pérez O, Figueroa N. Enfermedad cerebrovascular en mujeres: estado del arte y visión del cardiólogo. Rev Colomb Cardiol. 1 de enero de 2018;25(1):113-9.

26. Zapa Pérez NM, Martínez Lemus JD, Torres Ramírez A, Jiménez Monsalve CA. Costos médicos directos de los pacientes con ataque cerebrovascular isquémico en un hospital público de Bogotá, Colombia. Acta Neurológica Colombiana. 2024;40(1):1-11.

27. Cala Suárez JR. Proyecto de ley 017 de 2020. [Internet]. 017 DE 2020 2020. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://leyes.senado.gov.co/proyectos/images/documentos/textos%20radicados/ponencias/2021/gaceta_475.pdf

28. Ministerio de Salud y protección Social. Normograma en salud. 2016. Resolución 3202 de 2016. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/freesearchresults.aspx?k=&k=Resoluci%C3%B3n%203202%20de%202016

29. Ministerio de Salud y Protección Social. Así Vamos en Salud - indicadores en salud normatividad derechos. 2018 [citado 23 de abril de 2021]. Resolución 3280 de 2018 - Nuevas rutas integrales de atención en salud. Disponible en: https://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/normatividad-resoluciones/prestaciones-de-servicios-de-salud/resolucion-3280-de

30. Caicedo Montaño CA, Gómez Rivadeneira A, Díaz Garzón FG, Muñoz Escobar Á, Ruget MA. Hacia la atención en salud basada en el valor: Revisión de la literatura. Revista Médica Sanitas. 2017;20(3):164-73.

31. Instituto Nacional de Salud, Asi vamos en salud. Enfermedades Crónicas no Transmisibles. 2025 [citado 30 de septiembre de 2024]. Tasa de Mortalidad por Enfermedades

Cerebrovasculares – Georeferenciado. Disponible en: https://www.asivamosensalud.org/indicadores/enfermedades-cronicas-no-transmisibles/tasa-de-mortalidad-por-enfermedades

32. Arrivillaga M. Assesing Health Services in Colombia: Development of a Conceptual Framework and Measurement tools based on primary data. SAGE Open. 2021;11(2).

33. Iregui-Bohórquez AM, Melo-Becerra LA, Pinilla-Alarcón DE, Ramírez-Giraldo MT. Evolución y carga financiera de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Colombia: 2010-2021. Borradores de Economía [Internet]. 2023;(1234). Disponible en: https://repositorio.banrep.gov.co/items/a6cdb30d-141a-42a6-889b-46203f662a8e

34. Crispin-Fory C, Melo-Becerra LA, Restrepo-Tobón DA, Vásquez-Escobar DM. Eficiencia y solidez financiera de las Instituciones prestadoras de Servicio de Salud (IPS) en Colombia. Borradores de Economía; [Internet]. 2023 [citado 16 de octubre de 2024];(1248). Disponible en: https://repositorio.banrep.gov.co/handle/20.500.12134/10681

35. Kopitowski KS. Prevención cuaternaria: se pueden y se deben limitar los daños por la actividad sanitaria. Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires. 2013;33(3):90-5.

36. Caballero A, Ibañez Pinilla M, Suárez Mendoza IC, Acevedo Peña JR. Frecuencia de reingresos hospitalarios y factores asociados en afiliados a una administradora de servicios de salud en Colombia. Cad Saúde Pública (Online). 2016;32(7):e00146014-e00146014.

37. Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. Trends in the utilization of emergency department services, 2009-2018 [Internet]. US Department of Health and

Human Services Washington; 2021. Disponible en: https://aspe.hhs.gov/reports/trends-utilization-emergency-department-services-2009-2018

38. Molina Arias M. Análisis de las causas de la variabilidad en la práctica médica. Evidencias en Pediatría. 2011;7:1-4.

39. Cruz-Valiño AB. La medicina defensiva como problema global. EIDON Revista española de bioética. 2020;(54):66-86.

40. Hernández Sánchez E, López Martínez MI. La no comunicación en la interacción médico-paciente. En: I Congreso Nacional de Lingüística Clínica [Internet]. Murcia, España; 2006 [citado 6 de abril de 2025]. p. 83-95. Disponible en: https://www.uv.es/~perla/3%5B06%5D.HernandezyLopez.pdf

41. Rosales M de la V. Comunicación en la relación médico–paciente. Vida y ética. 2021;22(2):9-26.

42. Hernández P, Poullier JP. Gasto en salud y crecimiento económico. Presupuesto y gasto público. 2007;49:11-30.

43. Organización Mundial de la Salud. Informe Sobre la Salud en el Mundo: La Financiación Dos Sistemas de Salud - El Camino Hacia la Cobertura Universal. World Health Organization; 2010. 144 p.

44. Montaño et al. - 2017 - HACIA LA ATENCIÓN EN SALUD BASADA EN EL VALOR REV.pdf [Internet]. [citado 20 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.unisanitas.edu.co/Revista/64/CCaicedo_et_al.pdf

45. Barón-Leguizamón G. Composición y evolución del gasto en salud de Colombia y su financiamiento en el periodo 2013-2018. Revista de Salud Pública. 2022;24(1):1-9.

46. López-Mallama O, Almeida-Espinosa A, Salazar-Villegas B. Una aproximación a los gastos de bolsillo en salud en Colombia. IPSA Scientia, revista científica multidisciplinaria. 2023;8(4):9-16.

47. Granger-Castaño C, Melo-Becerraecerra LA, Ramos-Forero JE, Silva Samudio GT. Financiamiento del Sistema de Salud en Colombia: Fuentes y usos. Banco de la República [Internet]. 2023 [citado 16 de octubre de 2024];1233. Disponible en: https://repositorio.banrep.gov.co/items/8f623eda-b3fa-4a1c-8295-3f6c7c6dcf29

48. Moreno González N. Colapso del sistema de salud en Colombia: asociaciones médicas y de pacientes exigen soluciones ante cierre de servicios y deudas [Internet]. Consultor Salud. 2025 [citado 11 de marzo de 2025]. Disponible en: https://consultorsalud.com/sistema-de-salud-pacientes-colombia-soluciones/

49. Universidad Central. Crisis del sistema de salud colombiano: un análisis urgente [Internet]. Noticentral. 2024 [citado 11 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.ucentral.edu.co/noticentral/crisis-sistema-salud-colombiano-analisis-urgente#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20y%20c%C3%B3mo%20funciona,la%20baja%20calidad%20del%20servicio.

50. Defensoría del Pueblo. Defensoría del Pueblo. 2025 [citado 11 de abril de 2025]. Defensora del Pueblo revela cifras de crisis en salud y conmina al Gobierno Petro a tomar medidas urgentes. Disponible en: https://www.defensoria.gov.co/en/-/defensora-del-pueblo-revela-

cifras-de-crisis-en-salud-y-conmina-al-gobierno-petro-a-tomar-medidas-urgentes#:~:text=Entre%20las%20principales%20problem%C3%A1ticas%20identificadas,quejas%20en%20el%20mismo%20periodo.

51. Rico Barrera SM. Aumento de tutelas y PQRS destaca las crecientes deficiencias en la atención: Así Vamos en Salud [Internet]. Consultor Salud. 2024 [citado 11 de abril de 2025]. Disponible en: https://consultorsalud.com/asi-vamos-en-salud-tutelas-pqrs-deficiencias/#:~:text=Datos%20clave%20del%20informe%20de,per%C3%ADodo%20de%20tiempo%20(59.371).

52. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 256 de 2016 [Internet]. 2016 [citado 19 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200256%20de%202016.pdf

53. Así Vamos en Salud. Satisfacción de usuarios. 2020 [citado 19 de octubre de 2022]. Proporción Global de Satisfacción de Usuarios de IPS-Resolución 256/16. Disponible en: https://www.asivamosensalud.org/indicadores/satisfaccion-de-usuarios/proporcion-global-de-satisfaccion-de-usuarios-de-ips

54. Arrieta Córdoba RA. Percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios de salud en instituciones hospitalarias 2015-2019 [Internet] [Trabajo de Grado de Especialización]. [Colombia]: Universidad de Córdoba; 2022. Disponible en: https://repositorio.unicordoba.edu.co/server/api/core/bitstreams/6289f8de-d4d1-4a85-b299-99b2823ab804/content

55. Morales-Sánchez LG, García-Ubaque JC. Calidad percibida en el servicio del sistema público de salud de Bogotá. Revista de Salud Pública [Internet]. 2020;21(1). Disponible en: https://www.scielosp.org/article/rsap/2019.v21n1/128-134/

56. Organización Mundial de la Salud, Grupo Banco Mundial, OCDE. Prestación de servicios de salud de calidad: un imperativo global para la cobertura sanitaria universal. WHO; 2020.

57. Solano Beltrán DC. Evaluación de la calidad en la prestación de servicios de salud para enfermedades crónicas en el régimen contributivo en Colombia [Internet] [Tesis de Maestría]. Universidad de los Andes; 2019. Disponible en: https://repositorio.uniandes.edu.co/entities/publication/efb3a52f-0a37-45d9-85bc-297916c8c216

58. Porter ME, Teisberg EO. How physicians can change the future of health care. Jama. 2007;297(10):1103-11.

59. Gutiérrez Ossa JA, Restrepo Avendaño RD. El pluralismo estructurado de Londoño y Frenk frente a la articulación y modulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia. Sociedad y Economía. 2012;(23):183-204.

60. Santos Ospina AC, García Molina M, Chicaíza Becerra L. ¿Crisis financiera o de gestión? Evolución del sector salud desde la perspectiva de los entes territoriales. Apuntes del CENES. 2016;35(61):177-206.

61. Suárez-Rozo LF, Puerto-García S, Rodríguez-Moreno LM, Ramírez-Moreno J. La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2017;16(32):34-50.

62. Velásquez G. Desafíos actuales y posibles escenarios futuros de la salud mundial [Internet]. South Centre; 2024 [citado 9 de enero de 2025] p. 1-38. Report No.: 193. Disponible en: https://www.econstor.eu/handle/10419/283531

63. Bengoa R. Abordar la crisis de la sanidad pública. Gaceta Médica de Bilbao. 2024;121(1):28-9.

64. Medina-Hernández EJ. Desafíos de salud y bienestar en el mundo según indicadores ODS. Ciênc saúde coletiva. 2024;29(2):e15782022.

65. Gutiérrez Builes FA, Posada Zapata IC, Montenegro Martínez G. La atención en salud basada en el valor: estrategia orientada a mejorar los resultados en salud. Medellín;

66. Krohwinkel A, Mannerheim U, Rognes J, Winberg H. Value-based healthcare in theory and practice. What have we learned [Internet]. 2021 [citado 7 de abril de 2025]; Disponible en: https://leadinghealthcare.se/wordpress/wp-content/uploads/2021/08/LHC_VBHC-Policy-Brief_210629.pdf

67. Haksever C, Chaganti R, Cook RG. A Model of Value Creation: Strategic View. Journal of Business Ethics. 1 de febrero de 2004;49(3):295-307.

68. Porter ME, Teisberg EO. Redefiniendo la competencia en el sector salud. Harvard Business Review. 2004;82(6):56-69.

69. Porter ME, Lee TH. The strategy that will fix health care. Harvard business review. 2013;91(12):24-24.

70. Porter ME. What Is Value in Health Care? N Engl J Med [Internet]. 23 de diciembre de 2010 [citado 31 de marzo de 2021];363(26):2477-81. Disponible en: http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMp1011024

71. Fernández Fernández JL, Bajo Sanjuán A. La teoría del stakeholder o de los grupos de interés, pieza clave de RSE, del éxito empresarial y de la sostenibilidad. aDResearch: Revista Internacional de Investigación en Comunicación. 2012;(6):130-43.

72. Freeman RE, Harrison JS, Wicks AC. Managing for Stakeholders [Internet]. Managing for Stakeholders. Yale University Press; 2008 [citado 22 de agosto de 2021]. Disponible en: https://www.degruyter.com/document/doi/10.12987/9780300138498/html

73. Coulter A, Oldham J. Person-centred care: what is it and how do we get there? Future Hospital Journal. junio de 2016;3(2):114-6.

74. Berwick DM. What «patient-centered» should mean: confessions of an extremist. Health Affairs. 2009;28(4):555-65.

75. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. Health Affairs. 2008;27(3):759-69.

76. Zanotto BS, da Silva Etges APB, Zago Marcolino MA, Polanczyk CA. Value-Based Healthcare Initiatives in Practice: A Systematic Review. Journal of Healthcare Management. 29 de junio de 2021;66(5):340-65.

77. van Staalduinen DJ, van den Bekerom P, Groeneveld S, Kidanemariam M, Stiggelbout AM, Van den Akker-van Marle M. The implementation of value-based healthcare: a scoping review. BMC health services research. 2022;22(1):1-8.

78. Osoro L, Zylla MM, Braunschweig F, Leyva F, Figueras J, Pürerfellner H, et al. Challenging the status quo: a scoping review of value-based care models in cardiology and electrophysiology. Europace. 2024;26(9):euae210.

79. Van Hoorn ES, Ye L, Van Leeuwen N, Raat H, Lingsma HF. Value-based integrated care: A systematic literature review. International journal of health policy and management. 2024;13:8038.

80. dos Santos Leandro G, Cabral Moro CM, Cruz-Correia RJ, Portela Santos EA. FHIR Implementation Guide for Stroke: A dual focus on the patient's clinical pathway and value-based healthcare. International Journal of Medical Informatics. 2024;190:105525.

81. Nuño-Solinís R. Caso Cleveland Clinic. Liderazgo clínico centrado en el paciente [Internet]. 2016. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/303903557_Caso_Cleveland_Clinic_Liderazgo_clinico_centrado_en_el_paciente

82. Nuño-Solinís R, Urtaran-Laresgoiti M, Urizar E. La transformación hacia una sanidad basada en valor. Deusto Business School Health; 2018. (VII Foro de Transformación Sanitaria).

83. Vermeersch S, Demeester RP, Ausselet N, Callens S, De Munter P, Florence E, et al. A public health value-based healthcare paradigm for HIV. BMC health services research. 2022;22(1):1-11.

84. Beveridge RN. Creating value-focused healthcare delivery systems: Part three–Core competencies. The Journal of oncology management. 1997;6(6):16-23.

85. Porter ME. Value-Based Health Care Delivery: Implications for Neurosurgeons [Internet]. Annual Meeting of the Society of Neurological Surgeons; Harvard Business School. Disponible en: https://www.hbs.edu/ris/Publication%20Files/Website_VBHCD%20Mayo%20Neurosurgery%205.19%20117pm_170a06cd-15ee-4ec7-bc2a-89336c647c4f.pdf

86. Abdalla R, Pavlova M, Hussein M, Groot W. Quality measurement for cardiovascular diseases and cancer in hospital value-based healthcare: a systematic review of the literature. BMC Health Services Research. 2022;22(1):1-10.

87. Garcia-Casanovas A, Ruiz-López PM, Blanch C, Varela Rodríguez C. Consideraciones prácticas para la implementación de proyectos de medición de resultados en salud en una organización sanitaria: Estudio Delphi de consenso de expertos. Journal of Healthcare Quality Research. 2022;37(5):326-34.

88. Valencia-Mayer C. Atención en salud basada en el valor: retos y oportunidades. Revista Salud Bosque. 13 de diciembre de 2019;9(2):35-46.

89. ley-100-de-1993.pdf [Internet]. [citado 3 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf

90. CONGRESO DE LA REPUBLICA.pdf [Internet]. [citado 14 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-0715-de-2001.pdf

91. Congreso de Colombia. Función Pública. Ley Estatutaria 1751 de 2015. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60733

92. Ministerio de Salud y Protección Social. Repositorio Institucional Digital. 2023. Lineamientos para la gestión de las enfermedades cardiovasculares y metabólicas. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamientos-gestion-enfermedades-cardiovasculares-metabolicas.pdf

93. Congreso de la República, Ministerio de Salud y Protección Social.;RID-TAGCLOUD. Función Pública. 2015. Ley Estatutaria 1751 de 2015. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60733

94. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 2019 [Internet]. nov 25, 2019. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3100-de-2019.pdf

95. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5596 de 2015 [Internet]. dic 24, 2015. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5596-de-2015.pdf

96. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3997 de 1996 [Internet]. oct 30, 1996. Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION_3997_de_1996.pdf

97. Fundación Cardiovascular de Colombia. FCV news. 2020. Hospital Internacional de Colombia (HIC), líder en el manejo de pacientes con ACV. Disponible en: https://www.fcv.org/co/prensa/noticias/hospital-internacional-de-colombia-hic-lider-en-el-manejo-de-pacientes-con-acv

98. Bayona H. Trombólisis cerebral en Colombia un llamado a la excelencia. Acta Neurológica Colombiana. 2022;38(3):111-2.

99. Mascayano F, Gajardo J. Ciencia de Implementación en la evaluación de programas y servicios de salud en Chile. Revista médica de Chile. 2018;146(7):945-6.

100. Süárez-Obando F, Gómez-Restrepo C, Castro-Díaz SM. Ciencias de la implementación: de la evidencia a la práctica. Acta Médica Colombiana. 2018;43(4):207-16.

101. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodologia de la Investigacion. 6ta Edición. McGraw Hill; 2014. 634 p.

102. Ambrosio Pineda Y. El valor público: una nueva visión de la gestión. Conceptos básicos [Internet]. Primera Edición. Zetta Comunicaciones; 2015 [citado 17 de abril de 2022]. Disponible en: https://apps.procuraduria.gov.co/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=30344&query_desc=su%3A%22SERVICIO%22

103. Huerta E, De Bourg JC. Pensamiento estratégico: el entramado epistémico en gerencia de salud pública. Revista CICAG. 2009;6(1):117-30.

104. Chanlat JF. Ciencias sociales y administración: en defensa de una antropología general. Fondo Editorial Universidad EAFIT; 2002.

105. Estrada JH, Valencia M, Betancurth DP. Teoría crítica en salud. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2015;33(1):87-9.

106. Porter ME, Teisberg EO. Redefining competition in health care. Harvard business review. 2004;82(6):64-77.

107. Yi Y, Gong T. Customer value co-creation behavior: Scale development and validation. Journal of Business research. 2013;66(9):1279-84.

108. Allvin T, Bos W, Bruins B, Collins A, Davey J, Dedeu T, et al. Person-Centred Value-Based Health Care [Internet]. United Kingdom: Sprink; 2021 p. 57. Report No.: Primero. Disponible en: http://sprink.co.uk/files/2021_09_01_PCVBHC_Report.pdf

109. Franco A. Tendencias y teorías en salud pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2006;24(2):1-12.

110. Organización Panamericana de la Salud. PAHO. [citado 17 de abril de 2022]. Funciones esenciales de salud pública. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/funciones-esenciales-salud-publica

111. Suárez Conejero J, Godue C, García Gutiérrez JF, Magaña Valladares L, Rabionet S, Concha J, et al. Competencias Esenciales en Salud Pública: Un Marco Regional para las Américas [Internet]. 2013 [citado 17 de abril de 2022] p. 17. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9154/07.pdf?sequence=1&isAllowed=y

112. Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021 La salud en Colombia la construyes tú - Buscar con Google [Internet]. [citado 17 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.google.com.co/search?q=Plan+Decenal+de+Salud+P%C3%BAblica+PDSP%2C+2012-2021+La+salud+en+Colombia+la+construyes+t%C3%BA&biw=1366&bih=568&sxsrf=APq-WBvgTIEtKZGPQg6_37zKYx02ubDzvA%3A1650224745159&ei=aW5cYo-yCeSIwbkP8aqViAs&ved=0ahUKEwjPivCd7pv3AhVkRDABHXFVBbEQ4dUDCA4&oq=Plan+Decenal+de+Salud+P%C3%BAblica+PDSP%2C+2012-2021+La+salud+en+Colombia+la+construyes+t%C3%BA&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAxKBAhBGABKBAhGGABQAFgAYI8SaABwAXgAgAGOAYgBjgGSAQMwLjGYAQCgAQKgAQHAAQE&sclient=gws-wiz

113. Resolución 0429 de 2016.pdf [Internet]. [citado 15 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf

114. Resolución No. 2626 de 2019.pdf [Internet]. [citado 3 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf

115. Tobar F. ¿Hacia dónde va el hospital? Desafíos y dilemas en la gestión de hospitales. Medicina y sociedad. 2009;28(3):1-10.

116. Hernández-Sarmiento JM, Jaramillo-Jaramillo LI, Villegas-Alzate JD, Álvarez-Hernández LF, Roldan-Tabares MD, Ruiz-Mejía C, et al. La educación en salud como una

importante estrategia de promoción y prevención. Archivos de Medicina (Col). 2020;20(2):490-504.

117. Artaza O, Méndez C. Sistemas y Servicios de Salud Centrados en las Personas y sus Comunidades. Ediciones Universidad Austral de Chile; 2022.

118. WHO_TRS_122_spa.pdf [Internet]. [citado 3 de abril de 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37304/WHO_TRS_122_spa.pdf?sequence=1

119. Cortés Martínez AE, Yepes Lujan FJ, Agudelo-Londoño SM. El sistema de salud colombiano: grupos relacionados de diagnóstico. Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2018.

120. Jadad AR, O'Grady L. How should health be defined? BMJ. 2008;337:a2900.

121. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina [Internet]. Working Paper; 1997 [citado 3 de abril de 2021]. Report No.: 353. Disponible en: https://www.econstor.eu/handle/10419/87917

122. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. Salud pública Méx. 2011;53(2):s144-55.

123. Pardo Turriago R. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo de ataque cerebrovascular en población mayor de 18 años: de las recomendaciones a su implementación. Acta Neurológica Colombiana. octubre de 2015;31(4):462-7.

124. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo del Ataque Cerebrovascular lsquémico en población mayor de 18 años [Internet]. Guía No. 54 2015. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-completa-ataque-cerebro-vascular-isquemico.pdf

125. G AF. Los temas de la salud pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]. 2002 [citado 30 de marzo de 2022];20(1). Disponible en: https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/858

126. Casado LR, Valls EM. Estado actual de la salutogénesis en España. Quince años de investigación. Enfermería Global. 29 de marzo de 2014;13(2):384-405.

127. Mintzberg H, Lampel J, Ahlstrand B. La estrategia y el elefante. Gestión. 1998;3(4):24-34.

128. De la Rosa Alburquerque A. Teoría de la Organización y Nuevo Institucionalismo en Análisis Organizacional. Administracion y organizaciones. 2002;4(08):13-44.

129. Jepperson RL. The Cultural Construction of Organizations, States, and Identities. En: Institutions, Institutional Effects, and Institutionalism [Internet]. Cambridge University Press; 1991. p. 37-66. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/books/abs/institutional-theory/institutions-institutional-effects-and-institutionalism-1991/CC5A317E318F1E1B517AF68D5D38EBF6

130. Bonte P, Izard M. Diccionario Akal de Etnología y Antropología. Ediciones AKAL; 2003. 762 p.

131. Uriarte Zazueta A. El cambio institucional en la administración pública en México y en Sinaloa [Internet]. Instituto Nacional de Administración Pública; 2013 p. 11. Disponible en: https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3396/1.pdf

132. Eslava A, Orozco Guayara H, Valencia Agudelo G. Los Nuevos Institucionalismos Como Riqueza Metodológica Para El Estudio De La Política (The New Institutionalism as a Methodological Wealth for the Study of Politics). 2011 [citado 14 de agosto de 2024]; Disponible en: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2348330

133. Hall RH. La naturaleza y las clases de organizaciones. En: Organizaciones, estructura y proceso. Primera edición. México: Prentice-Hall; 1983. p. 28-48.

134. Llanos Lozano JR, López Lozano JA. El papel de la semiótica en las organizaciones: una aproximación al concepto de semiótica organizacional. Comunicación, Cultura y Política. 2013;2(1):94-106.

135. Arellano Gault D. Gestión estratégica para el sector público: del pensamiento estratégico al cambio organizacional. México: Fondo de cultura económica; 2004.

136. Hall RH. Organizaciones: estructuras, procesos y resultados. Prentice-Hall; 1996.

137. Vargas GM, Campo CHG, Solarte MG. Cambio institucional y organizacional: perspectivas teóricas para el análisis. Programa Editorial UNIVALLE; 2011.

138. Terlato AN. Estrategia y decisiones en ambientes VICA: Implicancias de este entorno para las empresas [Internet]. Universidad del Centro de Estudios Macroeconómicos de Argentina: Serie Documentos de Trabajo; 2019 p. 1-30. Report No.: 699. Disponible en: https://www.econstor.eu/bitstream/10419/203839/1/1676939768.pdf

139. Nery-Kameta SA, Celaya-Figueroa R, Prado-Gamboa CA, Nery-Kameta SA, Celaya-Figueroa R, Prado-Gamboa CA. Análisis de teorías y la nueva era de las organizaciones: adaptándose al nuevo ser humano. Revista Universidad y Empresa. diciembre de 2019;21(37):9-30.

140. Arroyave MG, Isaza P. Una perspectiva histórica del hospital. Revista de Educación Médica. 1989;23(2):182-91.

141. Sanabria M. EI pensamiento organizacional estratégico: una perspectiva diacrónica. Innovar, Revista de Ciencias Administrativas y Sociales. 2004;14(24):59-81.

142. Hernández Martínez AG, Saavedra Mayorga JJ, Sanabria M. Hacia la construcción del objeto de estudio de la administración: una visión desde la complejidad. Revista de la Facultad de Ciencias Económicas: Investigación y Reflexión. 2007;15(1):91-112.

143. RAE. Diccionario de la lengua española. Edición del Tricentenario. [citado 18 de abril de 2022]. Estrategia. Diccionario de la lengua española. Disponible en: https://dle.rae.es/estrategia

144. Simon HA. La toma de decisiones y la organización administrativa. El comportamiento administrativo Madrid: Aguilar. 1962;

145. Noguera Hidalgo ÁL, Barbosa Ramírez DH, Castro Ríos GA. Estrategia organizacional: una propuesta de estudio. Estudios Gerenciales. 2014;30(131):153-61.

146. Vértiz Galván MÁ. Referentes teóricos para el análisis del cambio organizacional: las tesis sobre el cambio y la síntesis de los procesos institucionales. 2008;

147. Hernández Pérez JÁ. Gestiopolis. 2011. Modelo de competitividad de las cinco fuerzas de Porter. Disponible en: https://www.gestiopolis.com/modelo-competitividad-cinco-fuerzas-porter/

148. Porter ME. La ventaja competitiva. México: Grupo Editorial Patria; 1985. 704 p.

149. Porter ME. Competitive advantage of nations: creating and sustaining superior performance. Simon and Schuster; 2011.

150. Porter ME. Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance. NY Free Press; 2008. 519 p.

151. García Serna OL. Valoración de empresas, gerencia del valor y EVA. Medellín: Digital Express; 2003. 489 p.

152. Ramírez D, Piñeros R, Noguera Á. Retos actuales del gobierno corporativo en torno a la creación de valor. Criterio Libre. 2013;11(19):188-204.

153. Eiro NY, Torres-Junior AS. Estudio comparativo de las formas de los modelos de propiedad de la Calidad Total y *Lean Production* en los servicios de salud. Rev Latino-Am Enfermagem. octubre de 2015;23(5):846-54.

154. McCormack B, Borg M, Cardiff S, Dewing J, Jacobs G, Janes N, et al. Person-centredness-the 'state'of the art. International Practice Development Journal. 2015;5(1):1-15.

155. Berwick DM. What 'Patient-Centered' Should Mean: Confessions Of An Extremist: A seasoned clinician and expert fears the loss of his humanity if he should become a patient. Health Affairs. 2009;28(1):555-65.

156. Mas N, Wisbaum W. La Triple Meta para el futuro de la sanidad. Papeles de economía española. 2014;(142):2.

157. Barrubés J, Honrubia L, De Vicente M, Nake A, Sopeña L, Vilardell C, et al. Value-Based Healthcare [Internet]. Barcelona: Antares Consulting S.L.; 2019. Disponible en: https://www.antares-consulting.com/wp-content/uploads/2020/12/7.-Value-Based-HealthCare-2019.pdf

158. Teisberg E, Wallace S, O'Hara S. Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges. 2020;95(5):682-5.

159. Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care: creating value-based competition on results. Harvard business press; 2006.

160. Terwee CB, Zuidgeest M, Vonkeman HE, Cella D, Haverman L, Roorda LD. Common patient-reported outcomes across ICHOM Standard Sets: the potential contribution of PROMIS®. BMC Med Inform Decis Mak. diciembre de 2021;21(1):259.

161. Terwee CB, Ahmed S, Alhasani R, Alonso J, Bartlett SJ, Chaplin JE, et al. Comparable Real-World Patient-Reported Outcomes Data Across Health Conditions, Settings, and Countries: The PROMIS International Collaboration. NEJM Catalyst [Internet]. 2024

[citado 17 de abril de 2025];5(9). Disponible en: http://catalyst.nejm.org/doi/10.1056/CAT.24.0045

162. Liu TC, Bozic KJ, Teisberg EO. Value-based Healthcare: Person-centered Measurement: Focusing on the Three C's. Clinical Orthopaedics & Related Research. febrero de 2017;475(2):315-7.

163. Tamayo CB, de Labry Lima AO, Mochón LG. Identificación de indicadores de buenas prácticas en gestión clínica y sanitaria. Journal of Healthcare Quality Research. 2018;33(2):109-18.

164. Ciapponi A. Toma de decisiones compartidas. Evidencia, actualización en la práctica ambulatoria. 2012;15(1):1-3.

165. Salinas J, Sprinkhuizen SM, Ackerson T, Bernhardt J, Davie C, George MG, et al. An International Standard Set of Patient-Centered Outcome Measures After Stroke. Stroke. enero de 2016;47(1):180-6.

166. Burns DJP, Arora J, Okunade O, Beltrame JF, Bernardez-Pereira S, Crespo-Leiro MG, et al. International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM): Standardized Patient-Centered Outcomes Measurement Set for Heart Failure Patients. JACC Heart Fail. 2020;8(3):212-22.

167. Dos Santos Leandro G, Moro CMC, Cruz-Correia RJ, Portela Santos EA. FHIR Implementation Guide for Stroke: A dual focus on the patient's clinical pathway and value-based healthcare. Int J Med Inform. 2024;190:105525.

168. International Consortium for Health Outcomes Measurement. ICHOM. 2012. Frequently Asked Questions. Disponible en: https://www.ichom.org/faqs/

169. International Consortium for Health Outcomes Measurement. ICHOM. 2024 [citado 17 de abril de 2025]. Stroke Reference Guide. Disponible en: https://www.ichom.org/resource/stroke-reference-guide/

170. Hernández M, Hernández A, Bringas N. El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. Rev Mex Med Fis Rehab. 2013;25(1):26-33.

171. Vidal I. El principio de valor compartido de Porter y Kramer. Foment del Treball Nacional (Fomento del trabajo). 2011;2134:30-3.

172. Segredo Pérez AM. Aproximación teórica a la evolución, teorías, enfoques y características que han sustentado el desarrollo de las organizaciones. Rev cub salud pública. 2016;42(4):585-95.

173. Retolaza Eguren I. Teoría de cambio. Un enfoque de pensamiento-acción para navegar en la complejidad de los procesos de cambio social [Internet]. PNUD e Instituto Humanista de Cooperación al Desarrollo (HIVOS); 2010. 52 p. Disponible en: https://dhls.hegoa.ehu.eus/courses/5020

174. Galván MÁV. Referentes teóricos para el análisis del cambio organizacional: las tesis sobre el cambio y la síntesis de los procesos institucionales. Revista Gestión y estrategia. 2008;(33):13-28.

175. Martínez Barrientos A. La cognición desde un punto de vista integral: la construcción del mundo. Revista Ciencia y Cultura. diciembre de 2000;(8):35-44.

176. Greco A. The concept of representation in psychology. Cognitive Systems. 1995;4(2):247-56.

177. Bruner J. Realidad mental y mundos posibles: los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia. Editorial Gedisa; 2004.

178. Mayer RE. Pensamiento, resolución de problemas y cognición. Barcelona: Editorial Paidós; 1986.

179. Porras Gutiérrez IN, Quintero Buitrago LG, González Bernal LN. El constructo modelos mentales y campos de la psicología: una revisión bibliométrica [Internet] [Tesis de Pregrado]. [Bogotá]: Universidad Cooperativa de Colombia; 2020. Disponible en: https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/de640609-cfd2-4df5-831f-9cda2cdf5d76/content

180. Fernández San Martín MI, Villagrasa Ferrer JR, Gamo MF, Vázquez Gallego J, Cruz Cañas E, Aguirre Trigo MV, et al. Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. Revista Española de Salud Pública. 1995;69(6):487-97.

181. Arbaiza Fermini L. Administración y organización; un enfoque contemporáneo [Internet]. Buenos Aires: Cengage Learning; 2014. 50 p. Disponible en: https://issuu.com/cengagelatam/docs/adminorgan_issuu

182. Rendón Giraldo LM. Escuela de las Relaciones Humanas en la Administración: antecedentes [Internet] [Tesis de Maestría]. [Manizales]: Universidad Nacional de

Colombia; 2011 [citado 11 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/7457

183. Max-Neef M, Elizalde A, Hopenhayn M. Desarrollo a escala humana: una opción para el futuro [Internet]. Fundación Dag Hammarskjold; 2010. Disponible en: https://www.daghammarskjold.se/wp-content/uploads/1986/08/86_especial.pdf

184. Ubillos S, Mayordomo S, Páez D. Capítulo X. Actitudes: definición y medición [Internet]. [citado 11 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.ehu.eus/documents/1463215/1504276/Capitulo%20X.pdf

185. Correa Mejía DM, Abarca Guangaje AN, Baños Peña CA, Analuisa Aorca SG. Actitud y aptitud en el proceso del aprendizaje. Atlante: cuadernos de educación y desarrollo [Internet]. 2019; Disponible en: https://www.eumed.net/rev/atlante/2019/06/actitud-aptitud-aprendizaje.html

186. Castillero Mimenza O. Psicología y Mente. 2018. Los 15 tipos de actitudes y cómo nos definen. Disponible en: https://psicologiaymente.com/psicologia/tipos-de-actitudes

187. Sample J, Warland R. Attitude and prediction of behavior. Social Forces. 1973;51(3):292-304.

188. Ajzen I, Fishbein M. Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. Psychological bulletin. 1977;84(5):888.

189. Reyes Rodríguez LR. La Teoría de la Acción Razonada. Implicaciones para el estudio de las actitudes. Investigación Educativa Duranguense. 2007;(7):66-77.

190. Summers GF. Medición de actitudes, editorial Trillas. México: Editorial Trillas; 1976. 688 p.

191. Mosquera M. Comunicación en salud: conceptos, teorías y experiencias. Comminit, La iniciativa de la comunicación. 2003;21(6):84-107.

192. Cuesta Cambra U, Menéndez Hevia T, Ugarte Iturrizaga A. Comunicación y salud: nuevos escenarios y tendencias. Madrid: Editorial Complutense; 2011.

193. Hernández E, López MI. La no comunicación en la interacción médico-paciente. En: Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica Universitat de Valencia: España Noviembre. 2006. p. 6-8.

194. Porter ME. What Is Value in Health Care? New England Journal of Medicine. 2010;363(26):2477-81.

195. Wolf JA, Niederhauser V, Marshburn D, LaVela SL. Defining patient experience. Patient Experience Journal. 2014;1(1):7-19.

196. García D. Toma de decisiones compartidas [Internet]. Noble. Compañía de Seguros; 2018 [citado 18 de abril de 2025]. Disponible en: http://asegurados.descargas.nobleseguros.com/download/posts/November2018/37fAA6fPClIjcdskmBo8.pdf

197. Alvarado Herrera A, Beltrán Gallego S. Efectos de la satisfacción emocional y evaluativa de los espectadores deportivos sobre sus intenciones de asistir y recomendar. Innovar. 2008;18(32):253-68.

198. Suárez Álvarez L, Vázquez Casielles R, Díaz Martín AM. La confianza y la satisfacción del cliente: variables clave en el sector turístico. Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa. 2007;16(3):115-32.

199. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Revista de Calidad Asistencial. 2001;16(4):276-9.

200. Melchor Cardona M, Bravo JJ. Service quality perceptions in higher education institutions: the case of a colombian university. Estudios Gerenciales. 2012;28(125):23-9.

201. Massip Pérez C, Ortiz Reyes RM, Llantá Abreu M del C, Peña Fortes M, Infante Ochoa I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Revista Cubana de Salud Pública. 2008;34(4):1-10.

202. Mira JJ, Vitaller J, Aranaz J, Herrero JF, Buil JA. La satisfacción del paciente: concepto y aspectos metodológicos. Revista de Psicología de la Salud. 1992;4(1):89-116.

203. Taylor JRA. The Handbook of Quality and Service Improvement Tools [Internet]. Vol. 6. Institute for Innovation and Improvement; 2010. 320 p. Disponible en: https://www.england.nhs.uk/commissioning/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/the_handbook_of_quality_and_service_improvement_tools_2010-2.pdf

204. Hilton K, Anderson A. Marco de la Psicología del Cambio de IHI [Internet]. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2018 [citado 18 de abril de 2025] p. 35. Disponible en:

https://www.ihi.org/sites/default/files/Marco_de_la_Psicolog%C2%A1a_del_Cambio_de_IHI_ESPANOL.pdf

205. García Avilés JA. Revista de Innovación en Periodismo. 2020 [citado 18 de abril de 2025]. La difusión de las innovaciones en los medios de comunicación: claves de un proceso. Disponible en: https://mip.umh.es/blog/2020/11/10/difusion-innovaciones-medios-claves-proceso/

206. Kotter JP. Leading change. Londres: Harvard Business Press; 2012.

207. Patient-Centered Primary Care Collaborative. 6 Steps to Creating a Culture of Person and Family Engagement in Health Care [Internet]. Planetree; 2017 [citado 17 de abril de 2025]. Disponible en: https://archive.thepcc.org/sites/default/files/PFE%20Culture%20Change%20Toolkit%20042017.pdf

208. Katz G. Implementing value-based health care in Europe: handbook for pioneers [Internet]. EIT Health; 2020. Disponible en: https://eithealth.eu/wp-content/uploads/2020/05/Implementing-Value-Based-Healthcare-In-Europe_web-4.pdf

209. Porter ME. Value-based health care delivery. Annals of surgery. 2008;248(4):503-9.

210. Cossío Silva FJ, Vega Vázquez M, Revilla Camacho MÁ. La percepción del cliente sobre la co-creación de valor. Adecuación de la escala de Yi y Gong al contexto español. ESIC-Market. 2016;(153):9-40.

211. Wang Y, Lo HP, Chi R, Yang Y. An integrated framework for customer value and customer-relationship-management performance: A customer-based perspective from China. Managing Service Quality: An International Journal. 2004;14(2):169-82.

212. Bove LL, Pervan SJ, Beatty SE, Shiu E. Service worker role in encouraging customer organizational citizenship behaviors. Journal of business research. 2009;62(7):698-705.

213. Moreno BA, Calderón H. Comportamiento del consumidor en la co-creación de valor y su relación con la satisfacción en el entorno universitario: una aplicación a la Universidad de Ibagué (Colombia). Revista Facultad de Ciencias Económicas. 2017;25(1):203-17.

214. Bettencourt LA, Lusch RF, Vargo SL. A service lens on value creation: marketing's role in achieving strategic advantage. California management review. 2014;57(1):44-66.

215. Campbell BCV, Pooja K. Stroke. The Lancet. 2020;396(10244):129-42.

216. Shuaib A, Butcher K, Mohammad AA. La circulación colateral en el accidente cerebrovascular agudo. Lancet Neurol. 2011;10:909-21.

217. Hutchison K, Rogers W, Eyers A, Lotz M. Getting clearer about surgical innovation: a new definition and a new tool to support responsible practice. Annals of surgery. 2015;262(6):949-54.

218. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996;312(7023):71.

219. Hewitt RJ, Bradley N, Baggio Compagnucci A, Barlagne C, Ceglarz A, Cremades R, et al. Social innovation in community energy in Europe: A review of the evidence. Frontiers in Energy Research. 2019;7:31.

220. Austad B, Hetlevik I, Mjølstad BP, Helvik AS. Applying clinical guidelines in general practice: a qualitative study of potential complications. BMC Fam Pract. 2016;17(1):92.

221. Gawande A. The Checklist Manifiesto. Picador USA; 2007. 240 p.

222. Fernández-Salido M, Alhambra-Borrás T, Casanova G, Garcés-Ferrer J. Value-based healthcare delivery: a scoping review. International journal of environmental research and public health. 2024;21(2):134.

223. Cossio-Gil Y, Omara M, Watson C, Casey J, Chakhunashvili A, Gutiérrez-San Miguel M, et al. The roadmap for implementing value-based healthcare in European university hospitals—consensus report and recommendations. Value in Health. 2022;25(7):1148-56.

224. de Mattia E, Angioletti C, D'Agostino M, Paoletti F, de Belvis AG. Moving from Principles to Practice: A Scoping Review of Value-Based Healthcare (VBHC) Implementation Strategies. Healthcare. enero de 2024;12(23):2457.

225. Hariri BA, Albagmi FM, Aljaffary AA. Conceptualization and establishment of value-based healthcare in Saudi Arabia: A scoping review. Journal of Taibah University Medical Sciences. 1 de agosto de 2024;19(4):835-46.

226. van Hoorn ES, Ye L, van Leeuwen N, Raat H, Lingsma HF. Value-Based Integrated Care: A Systematic Literature Review. Int J Health Policy Manag. 2024;13:8038.

227. Makdisse M, Ramos P, Malheiro D, Katz M, Novoa L, Neto MC, et al. Value-based healthcare in Latin America: a survey of 70 healthcare provider organisations from Argentina, Brazil, Chile, Colombia and Mexico. BMJ open. 2022;12(6):e058198.

228. Montenegro Martínez G, Nuño Solinis R, Olariu E, Posada Zapata IC, Gutiérrez Builes FA. Stroke and its care under Value Based and person-centered Healthcare approaches: a scoping review. [Internet]. OSF; 2024 [citado 19 de abril de 2025]. Disponible en: https://osf.io/2y4en/

229. Habermas J. Knowledge and Interest. En: Emmet D, MacIntyre A, editores. Sociological Theory and Philosophical Analysis [Internet]. London: Palgrave Macmillan UK; 1970 [citado 20 de abril de 2025]. p. 36-54. Disponible en: http://link.springer.com/10.1007/978-1-349-15388-6_3

230. Lorenzo CR. Contribución sobre los paradigmas de investigación. Educação (Santa Maria Online). 2006;31(1):11-22.

231. Arias CL, Cruz LC, Gorbitz A, MacLean A, Molestina CJ, Salinas LA, et al. Fundamentos de comunicación científica y redacción técnica [Internet]. Vol. 16. Uruguay: Programa Cooperativo de Investigación Agrícola del Cono Sur; 1987 [citado 20 de abril de 2025]. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=YmyR9ShUHIEC&oi=fnd&pg=PA146&dq=Escudero+(1987),&ots=Veih4B8DcJ&sig=Aix_p7DKjzOo2Ae8IYSBZvFJGH4

232. Guba E, Lincoln Y. Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En Denman, C y JA Haro(Comps) Por los rincones Antología de métodos cualitativos en la investigación social El Colegio de Sonora Hermosillo, Sonora. 2002;113-45.

233. Estrada JH, Valencia M, Betancurth DP. Teoría crítica en salud. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2015;33(1):87-9.

234. Zapata F, Rondán V. La investigación acción participativa: Guía conceptual y metodológica del Instituto de Montaña [Internet]. Instituto de Montaña; 2016. Disponible en: https://mountain.pe/recursos/attachments/article/168/Investigacion-Accion-Participativa-IAP-Zapata-y-Rondan.pdf

235. Lewin K. La investigación-acción y los problemas de las minorías. International Journal of Social Psychology. 1988;3(2):229-40.

236. Creswell JW. Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. Tercera Edición. Los Angeles: SAGE Publ; 20. 260 p.

237. Borda OF. Orígenes universales y retos actuales de la IAP. Análisis político. 1999;(38):73-90.

238. Becerra Hernández R, Moya Romero A. Investigación-acción participativa, crítica y transformadora Un proceso permanente deconstrucción. Revista Integra Educativa. 2010;3(2):133-56.

239. Stake RE. Investigación con estudio de casos. Tercera. Madrid: Ediciones Morata SRL; 2005.

240. Patton MQ. Qualitative Research and Evaluation Methods. Tercera Edición. Vol. 143. Londres: Sage Publications; 2002. 690 p.

241. Juárez F. El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. International Journal of Psychological Research. 2011;4(1):70-9.

242. Alesso FC. El concepto de valor en atención sanitaria: una magnitud en la que el paciente cuenta. Revista de la Facultad de Ciencias Económicas. 2022;28(1):173-95.

243. Leung TI, Van Merode GG. Value-based health care supported by data science. En: Fundamentals of clinical data science. 2019. p. 193-212.

244. Kaplan RS, Anderson SR. Time-driven activity-based costing [Internet]. 2004. Disponible en: https://www.hbs.edu/ris/Publication%20Files/04-045_d62528d4-7931-4ea1-a205-d9683c639d6e.pdf

245. De Val Pardo I, Erro Garcés A. ORGANIZAR LOS CUIDADOS DE SALUD Y GENERAR VALOR EN EL SISTEMA [Internet]. XX Congreso Internacional AECA; 2019. Disponible en: https://xxcongreso.aeca.es/wp-content/uploads/2019/09/27f.pdf

246. Kaplan RS, Norton DP. Mapas estratégicos: Convirtiendo los activos intangibles en resultados tangibles. Grupo Planeta; 2007. 500 p.

247. Galeano ME. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Universidad Eafit; 2020.

248. Izcara Palacios SP, Andrade Rubio KL. Guía para la Elaboración de una Investigación Cualitativa. Primera Edición. México: Editorial UAT; 2003.

249. Echeverría R. Ontología del lenguaje. Primera Edición. Buenos Aires: Ediciones Granica SA; 2006. 440 p.

250. Janesick VJ. «Stretching» exercises for qualitative researchers. Segunda Edición. Sage Publications; 2015.

251. Güereca Torres R, Blásquez Martínez LI, López Moreno I. Guía para la investigación cualitativa: etnografía, estudio de caso e historia de vida. Universidad Autónoma Metropolitana; 2016.

252. Creswell JD, Creswell JW. Mixed methods research: Developments, debates, and dilemmas. Research in organizations: Foundations and methods of inquiry. 2005;2:315-26.

253. Ellis NC, Simpson-Vlach R, Maynard C. Formulaic language in native and second language speakers: Psycholinguistics, corpus linguistics, and TESOL. TESOL quarterly. 2008;42(3):375-96.

254. Mena Lozano ÁE, Cardona López M, Ortega Roldán E, Salazar Saraza Y, González Patiño EY, Morales Mosquera ME, et al. Diálogo de saberes: hacia una política de investigación para la implementación de la diversidad epistémica de la Universidad de Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia; 2020. 218 p.

255. Echeverría R. Ontología del lenguaje. Ediciones Granica SA; 2017.

256. Mertens DM. Research and evaluation in education and psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods. Sexta edición. USA: Sage publications; 2019.

257. Greenwood DJ, Levin M. Reform of the social sciences and of universities through action research. Learning and Teaching. 2005;1(1):89-121.

258. Martínez Corona JI, Palacios Almón GE, Oliva Garza DB. Guía para la revisión y el análisis documental: propuesta desde el enfoque investigativo. Ra Ximhai. 2023;19(1):67-83.

259. Bermeo-Yaffar F, Hernández-Mosqueda JS, Tobón-Tobón S. Análisis documental de la V heurística mediante la cartografía conceptual. Ra Ximhai. 2016;12(6):103-21.

260. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Vol. 2. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2012. 335 p.

261. Correa ME. Bases de la investigación cualitativa. Revista de la Carrera de Sociología Entramados y Perspectivas. 2014;(4):281-7.

262. Acuña VM. La codificación en el método de investigación de la grounded theory o teoría fundamentada. Innovaciones educativas. 2015;17(22):77-84.

263. Gutiérrez Builes FA, Montenegro Martínez G, Posada Zapta IC, Nuño-Solinís R, Olariu E. Analysis of Mortality Trends for Cerebrovascular Disease in Colombia from 2010 to 2021. Enfermería Global. 2025; 24(2):1-13.

264. Arenas Duque YA. Caracterización del accidente cerebrovascular en Colombia [Internet]. Universidad de los Andes; 2019 [citado 18 de octubre de 2024]. Disponible en: https://repositorio.uniandes.edu.co/server/api/core/bitstreams/e6cdd4c9-1ae8-4700-b927-3edef5d9b8e1/content

265. Ministerio de Salud y Protección Social. MinSalud. 2021 [citado 7 de mayo de 2025]. Plan Decenal Salud Pública 2022-2031. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx

266. Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic [Internet]. [citado 8 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/prediabetes/diagnosis-treatment/drc-20355284?p=1

267. Medina O, De Marco M. Indicadores de productividad en hospitales públicos. Visión de futuro. 2017;21(2):0-0.

268. Así Vamos en Salud - indicadores en salud normatividad derechos [Internet]. 2017 [citado 10 de mayo de 2025]. Resolución 256 de 2016 - Sistemas de Información para la calidad en salud. Disponible en: https://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/normatividad-resoluciones/calidad-en-salud/resolucion-256-de-2016-sistemas-de

269. mapa de actores del sistema de salud en Colombia - Buscar con Google [Internet]. [citado 10 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=mapa+de+actores+del+sistema+de+salud+en+Colombia&rlz=1C1GCEU_esCO1161&oq=mapa+de+actores+del+sistema+de+salud+en+Colombia&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIHCAEQIRigATIHCAIQIRigATIHCAMQIRifBTIHCAQQIRifBdIBCjEwNzc3ajBqMTWoAgiwAgHxBYFK7tVze49u&sourceid=chrome&ie=UTF-8

270. HIC obtiene distinción de la WSO por excelencia en atención de pacientes con ACV [Internet]. 2024 [citado 10 de mayo de 2025]. Disponible en: https://consultorsalud.com/hic-distincion-wso-atencion-pacientes-con-acv/

271. Michael P, Kramer MR. La creación de valor compartido. Harvard Business Review. 2011;6-18.

272. Cantero D, Gallego I, Gómez E, Fullaondo A, Merino M, Romero MI. Estrategia de Valor en Osakidetza [Internet]. Primera Edición. País Vasco: Osakidetza; 2023. 80 p. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_trbg_planes_programas/es_def/adjuntos/estrategia_valor_es.pdf

273. Morales-Vargas A, Guzmán-Muñoz BJ, Legorreta-Núñez JK, Ortiz-Crisostomo A. Prevención y Control de Enfermedades: Estrategias Integradas para la Salud Pública. TEPEXI Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río. 5 de julio de 2024;11(22):40-6.

274. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología Washington DC: OPS/OMS. 1992;404.

275. Donabedian A. La investigación sobre la calidad de la atención médica. Salud Pública de México. 1986;28(3):324-7.

276. Silberman M, Granados Cosme JA, Delgado Campos I, López Ortega V. Calidad de la atención en salud: el modelo de Avedis Donabedian. En: El Sistema Integral de Calidad en Salud. Primera Edición. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2014. p. 23-34.

277. Iniciativa Angels. Angels. [citado 20 de mayo de 2025]. Certificación de Centros de ACV en América Latina por la Organización Mundial de Ictus (WSO) y la Sociedad Iberoamericana de Enfermedades Cerebrovasculares (SIECV). Disponible en: https://es.angels-initiative.com/content/certificacion-de-centros-de-acv-en-america-latina-por-la-organizacion-mundial-de-stroke-wso

278. Joinpoint Regression Program [Internet]. [citado 1 de octubre de 2024]. Disponible en: https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/

279. Clínica Imbanaco. Clínica Imbanaco. [citado 20 de mayo de 2025]. Centros de Excelencia. Disponible en: https://www.imbanaco.com/es_CO/centros-de-excelencia

280. The Joint Commission. Stroke Certification. [citado 20 de mayo de 2025]. Comprehensive Stroke Center Certification. Disponible en: https://www-jointcommission-org.translate.goog/what-we-offer/certification/certifications-by-setting/hospital-certifications/stroke-certification/advanced-stroke/comprehensive-stroke-center/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=sge

281. Martínez O. Competencia en el sector salud entre juegos de «suma cero» y de «suma positiva». Acta Médica Colombiana. 2013;38(1):40-4.

282. Hospital Manuel Uribe Ángel. Hospital Manuel Uribe Ángel. [citado 19 de mayo de 2025]. Quiénes Somos. Disponible en: https://www.hospitalmua.gov.co/Quienessomos/Paginas/Quienes-somos.aspx

283. Normograma en salud [Internet]. 2023 [citado 20 de mayo de 2025]. Resolución 2335 de 2023 Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202335%20de%202023.pdf

284. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2275 de 2023 [Internet]. MinSalud; 2023 [citado 20 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202275%20de%202023.pdf

285. Ruiz Gómez F. Mercados y sistema de salud en Colombia. Desarrollo regulatorio y senda de ajuste [Internet]. Friedrich Ebert Stiftung; 2013 [citado 3 de abril de 2021]. Disponible en: https://library.fes.de/opus4/frontdoor/index/index/docId/9424

286. Burton CR. Implementing the evidence-base for stroke care: a United kingdom nursing perspective. Worldviews Evid Based Nurs. 2008;5(2):55-6.

287. Porter ME, Lee TH. Why strategy matters now. New England Journal of Medicine. 2015;372(18):1681-4.

288. Rico Barrera SM. Consultor Salud. 2022 [citado 20 de mayo de 2025]. Nuevos modelos de contratación en salud: Decreto 441 de 2022. Disponible en: https://consultorsalud.com/modelos-de-contratacion-salud-2022-dec-441-2022/

289. Engels N, Bos WJW, de Bruijn A, van Leeuwen R, van der Meer NJM, van Uden-Kraan CF, et al. Santeon's Lessons from a Decade of Implementing Value-Based Health Care. NEJM Catalyst [Internet]. 2023 [citado 21 de mayo de 2025];5(1). Disponible en: https://catalyst.nejm.org/doi/abs/10.1056/CAT.23.0232

290. Prick JCM, Zonjee VJ, van Schaik SM, Dahmen R, Garvelink MM, Brouwers PJAM, et al. Experiences with information provision and preferences for decision making of patients with acute stroke. Patient education and counseling. 2022;105(5):1123-9.

291. Vasiljev V, Rukavina T, Marinovic M, Juraga D, Da Ronch C, Procaccini E, et al. From Vision to Reality: Leadership and Care Teams' Engagement in VBHC Transition. En: The ValueCare experience [Internet]. Primera Edición. [citado 21 de mayo de 2025]. p. 109-25. Disponible en: https://projectvaluecare.eu/wp-content/uploads/2024/09/ValueCare-Book.pdf#page=111

292. Zanutto O, Ceron S, Macchione S, Allegretti N, Raat H. The European way for VBHC transformation of health and social care services. En: The ValueCare experience [Internet]. Primera Edición. [citado 21 de mayo de 2025]. p. 33-58. Disponible en: https://projectvaluecare.eu/wp-content/uploads/2024/09/ValueCare-Book.pdf#page=35

293. van Engen V, Bonfrer I, Mieris F, Ensink M, Stiggelbout A, Ahaus K, et al. Gains and pains: a qualitative study on the implications of value-based health care for professionals. Hum Resour Health. 2025;23(1):3.

294. van Steenbergen GJ, Cremers P, Dekker L, van Veghel D. Relevance of a next phase and introduction of patient relevant cost drivers. En: From outcome monitoring towards patient value improvement in cardiac care [Internet]. 2022 [citado 21 de mayo de 2025]. p. 61-7. Disponible en: https://pure.tue.nl/ws/portalfiles/portal/218678578/20221118_Steenbergen_van_hf.pdf#page=31

295. Şengül H, Aydın S, Önder E, Bulut A. Developing an Index to Measure the Value of Health Care Provided to Stroke Patients. Annals of Indian Academy of Neurology. diciembre de 2024;27(6):695.

296. Bianchim MS, Crane E, Jones A, Neukirchinger B, Roberts G, Mclaughlin L, et al. The implementation, use and impact of patient reported outcome measures in value-based healthcare programmes: A scoping review. PLOS ONE. 6 de diciembre de 2023;18(12):e0290976.

297. Sanchez-Gavilan E, Montiel E, Baladas M, Lallanas S, Aurin E, Watson C, et al. Added value of patient-reported outcome measures (PROMs) after an acute stroke and early predictors of 90 days PROMs. Journal of Patient-Reported Outcomes. 2022;6(1):66.

298. Groeneveld IF, Goossens PH, van Meijeren-Pont W, Arwert HJ, Meesters JJL, Rambaran Mishre AD, et al. Value-Based Stroke Rehabilitation: Feasibility and Results of Patient-Reported Outcome Measures in the First Year After Stroke. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2019;28(2):499-512.

299. van Engen V, Buljac-Samardzic M, Baatenburg de Jong R, Braithwaite J, Ahaus K, Den Hollander-Ardon M, et al. A decade of change towards Value-Based Health Care at a Dutch University Hospital: a complexity-informed process study. Health Res Policy Sys. 5 de agosto de 2024;22(1):94.

300. Roux-Levy PH, Poitras ME. Data collection systems integrating PROMs and PREMs to support value-based decision-making [Internet]. Québec; 2024. Disponible en:

https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2024/Rapports_experts/CSBE-PREMs-PROMs_EN.pdf

301. de Graaf JA, Visser-Meily JM, Schepers VP, Baars A, Kappelle LJ, Passier PE, et al. Comparison between EQ-5D-5L and PROMIS-10 to evaluate health-related quality of life 3 months after stroke: a cross-sectional multicenter study. European journal of physical and rehabilitation medicine. agosto de 2021;46(8):630-9.

302. Prick JCM, van Schaik SM, Deijle IA, Dahmen R, Brouwers P, Hilkens PHE, et al. Development of a patient decision aid for discharge planning of hospitalized patients with stroke. BMC Neurol. 2022;22(1):245.

303. The ValueCare experience [Internet]. [citado 21 de mayo de 2025]. Disponible en: https://projectvaluecare.eu/wp-content/uploads/2024/09/ValueCare-Book.pdf#page=137

304. Dos Santos Leandro G, Moro CMC, Cruz-Correia RJ, Portela Santos EA. FHIR Implementation Guide for Stroke: A dual focus on the patient's clinical pathway and value-based healthcare. Int J Med Inform. 2024;190:105525.

305. Douglas AO, Senkaiahliyan S, Bulstra CA, Mita C, Reddy CL, Atun R. Global Adoption of Value-Based Health Care Initiatives Within Health Systems: A Scoping Review. JAMA Health Forum. 2025;6(5):e250746.

306 Giraldo Osorio A, Vélez Álvarez C. La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. Aten Primaria. 2013;45(7):384-92.

## 12. PRODUCTOS OBTENIDOS

En consideración con lo propuesto por el modelo de ASBV y sus retos a nivel internacional(82), los actores o partes relacionadas con él y el mejoramiento del sistema de salud Colombiano e términos de desempeño en la atención en salud desde la prestación de los servicios de salud, se puede establecer que:

Los PACIENTES podrán elegir el prestador de servicios de salud según los resultados y los costos de producir esos resultados, con una información clara y abierta. Esto mejorara el acceso a los servicios de salud y evitara los costos asociados a una mala salud o deficiente atención. Finalmente, el paciente ocupará su lugar como centro del sistema y sus expectativas serán ejes relevantes que deben considerar en la planeación y alcance de los resultados en salud.

Los PROFESIONALES mejorarán la calidad de sus cuidados basados en la comparación de sus resultados y aprendizaje entre ellos mismos, así como el fortalecimiento de un sistema de incentivos ya no por cantidad, sino por resultados centrados en el valor.

Las ORGANIZACIONES SANITARIAS se podrán diferenciar áreas y especialidades orientados por una condición médica, bajo un enfoque integral, basados en la evidencia y el valor. Se podrán comparar a partir de los resultados y los costos competitivos que alcancen, en un mercado abierto a la referenciación competitiva, el aprendizaje de buenas prácticas, la eficiencia y la costo – beneficencia.

Los PAGADORES reestructuran sus modelos y formas de contratación, los pagos se negociarán con base en resultados, no actividad o volumen, y se promoverá la innovación y el desarrollo de las tecnologías en salud que añade valor.

Las EMPRESAS FARMACÉUTICAS Y TECNOLÓGICAS centrarán su atención en la innovación y la entrega de insumos y tecnologías en salud con valor agregado, lo cual apunta

a mejorar los resultados en salud, con base en los costos y beneficios de las compras basadas en valor.

**Tipo de producto: generación de nuevo conocimiento**

Tabla 19. Lista de productos de generación de nuevo conocimiento

| Subtipo de producto | Producto | Descripción | Cantidad | Beneficiario |
|---|---|---|---|---|
| Generación de Nuevo Conocimiento | Artículos de investigación que se ubique en una de estas tipologías A1, A2, B y C. | Articulo No. 1: Analysis of Mortality Trends for Cerebrovascular Disease in Colombia from 2010 to 2021, publicado en la Revista Enfermería Global (Q3) y articulo No. 2: La atención en salud basada en el valor: estrategia orientada a mejorar los resultados en salud, aprobado para publicar en la Revista Gerencia y Política de Salud de la Universidad Javeriana (Q4). | 2 | El sistema de salud en Colombia y en particular el proceso de atención en salud desde la prestación de los servicios. |

**Tipo de producto: desarrollo tecnológico e innovación**

Tabla 20. Lista de productos de desarrollo tecnológico e innovación

| Subtipo de producto | Producto | Descripción | Cantidad | Beneficiario |
|---|---|---|---|---|
| Productos empresariales | Innovaciones en procedimientos (procesos) y servicios | Propuesta de ruta estratégica y metodológica que podría ser implementada para aportar al mejoramiento | 1 | El sistema de salud en Colombia y en particular el proceso de atención en salud desde la prestación de los servicios. |

| Subtipo de producto | Producto | Descripción | Cantidad | Beneficiario |
|---|---|---|---|---|
| | | de la prestación de los servicios en salud a personas con ACV y los actores que con este proceso se relacionan. | | |

## Tipo de producto: apropiación social del conocimiento

Tabla 21. Lista de productos de apropiación social de conocimiento

| Subtipo de producto | Producto | Descripción | Cantidad | Beneficiario |
|---|---|---|---|---|
| Circulación de conocimiento especializado | Participación en eventos científicos, tecnológicos y de innovación, como congresos, seminarios, foros, conversatorios, talleres, entre otros, dedicados a analizar y discutir casos de generación de nuevo conocimiento, en donde se permite a la ciudadanía asumir una postura crítica sobre las implicaciones y los alcances de las investigaciones científicas y de los desarrollos tecnológicos | Participación en evento científico: Conferencia internacional sobre atención integrada (ICIC25) jornada virtual latinoamericana – "Voces Latinoamericanas sobre la atención integrada para un futuro sostenible" | 1 | El sistema de salud en Colombia y en particular el proceso de atención en salud desde la prestación de los servicios. |

| Subtipo de producto | Producto | Descripción | Cantidad | Beneficiario |
|---|---|---|---|---|
| Publicación científica. | Publicación cuyo propósito es compilar y presentar trabajos sobre asuntos científicos y académicos con fines divulgativos y, que usualmente es de tipo institucional | Tesis Doctoral aprobada con evidencia y desarrollada sobre: "La atención en salud basada en el valor (ASVB); una construcción entre lo ideal y lo real desde la prestación de servicios de salud en Colombia a personas con accidente cerebrovascular (ACV). | 1 | El sistema de salud en Colombia y en particular el proceso de atención en salud desde la prestación de los servicios. |

## Tipo de producto: formación de recurso humano

Tabla 22. Formación de recurso humano

| Subtipo de producto | Formación | Descripción | No. personas | Beneficiario |
|---|---|---|---|---|
| Productos de actividades relacionadas con la Formación de Recurso Humano para CTeI | Doctoral | Tesis Doctoral aprobada "Ruta para la atención de la persona con accidente cerebrovascular en una institución prestadora de servicios de salud en Colombia, bajo el enfoque de atención en salud basada en el valor (ASBV)" | 1 | IPS en Colombia. |

## Impacto

Tabla 23. Descripción de los impactos esperados con la ejecución del proyecto

| Tipo de Impacto | Descripción | Año esperado |
|---|---|---|
| Mejoramiento de la atención en salud, sus resultados, costos y experiencia del paciente con ACV en una IPS en Colombia. | Tesis Doctoral aprobada "Ruta para la atención de la persona con accidente cerebrovascular en una institución prestadora de servicios de salud en Colombia, bajo el enfoque de atención en salud basada en el valor (ASBV)" | 2025 |

## Aporte a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

Tabla 24. Descripción de las metas de los objetivos de desarrollo sostenible en los que aporta el proyecto

| ODS | A qué meta del ODS | Descripción |
|---|---|---|
| **3-Salud y bienestar** | 3.4 | Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar |
| **3-Salud y bienestar** | 3.8 | Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos |
| **3-Salud y bienestar** | 3c | Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo |

# 13. ANEXOS

## 13.1. El consentimiento informado

El propósito de este documento denominado “consentimiento informado” es dar a conocer una clara explicación a usted, sobre la naturaleza de esta investigación y cuál es su participación en ella.

La investigación es dirigida por Fabian Alonso Gutiérrez Builes; estudiante del Doctorado en Salud Pública de la Universidad CES y el estudio lleva por nombre: **“Ruta para la atención de la persona con accidente cerebrovascular en una institución prestadora de servicios de salud en Colombia, bajo el enfoque de atención en salud basada en el valor (ASBV)”.**

Su objetivo busca, “establecer de forma participativa, una ruta estratégica y metodológica que permita reorientar la atención en salud de personas con Accidente Cerebrovascular, en una Institución Prestadora de Servicios de salud en Colombia, desde el enfoque de la Atención en Salud Basada en el Valor”. El estudio se encuentra justificado desde la pertinencia social, orientado al mejoramiento de la atención en salud en Colombia y donde el centro de la atención debe ser el paciente.

Si usted considera de manera voluntaria participar en este estudio, se le solicitará participar en unos grupos focales, donde su rol es responder las preguntas que se le hagan. El tiempo estimado para estos espacios conversacionales es una (1) hora aproximadamente y cada una de estas sesiones será grabada a fin de que el investigador pueda transcribir en un documento las respuestas que usted haya brindado y de igual forma pudiese ocurrir que se requiera de registros fotográficos, cuyo único fin es académico y su uso sería explicativo o argumentativo.

Todos los datos e información que se recolecte son confidenciales y su tratamiento obedecerá a la normatividad vigente, su fin único es el académico. Sus datos personales y lo expresado por usted en las entrevistas será codificado, a fin de que sean anónimas. En tanto el proceso de la investigación concluya y los resultados se publiquen este material será destruido en presencia de testigos que certifiquen el acto de eliminación de la información.

Es importante que conozca que usted tiene el derecho de retirarse del estudio de forma voluntaria en el momento que desee, sin que esto tenga algún perjuicio para usted. También se le resolverá cualquier duda o inquietud que tenga antes, durante o después de su participación. En igual sentido está en el derecho de no responder cualquier pregunta que se le haga y que esta le genere algún tipo de malestar; decisión que debe hacérsela conocer al investigador.

Se informa que esta investigación se clasifica como de riesgo mínimo, el cual puede tener implicaciones emocionales, de confidencialidad y privacidad. Por favor lea con atención la siguiente información y si está de acuerdo proceda con su aprobación.

Los riesgos son:

Se puede presentar riesgo de tipo emocional, en aquellos sujetos que participen en espacios conversacionales que generen sensaciones o estados de ánimo bajos relacionadas con la insatisfacción de los servicios recibidos, respecto a sus necesidades y expectativas. Para estos casos se brindará una ruta de atención inicial psicológica a través del área de atención al usuario de la ESE HMUA y su equipo de psicólogos.

Los beneficios son:

Ser sujetos de la prestación del servicio de la Institución en el futuro, cuando la ruta metodológica y estratégica, haya sido implementada, será un beneficio directo a su participación en la construcción conceptual y de las métricas, orientadas a la creación y valoración de la atención en salud basada en el valor, cuyo propósito es mejorar los resultados en salud, hacer una Institución más eficiente , teniendo como eje y actor más relevante el paciente Por consiguiente, el impacto como beneficio se verá en los índices de salud de la Institución, el municipio y el control de los desenlaces en salud, derivados de los procesos de atención de la organización, como el mantenimiento del estado de salud alcanzado a través de tiempo, durante todo el ciclo de atención, definido en el modelo de atención, que se creó en contexto y ajustado a las necesidades y expectativas del entorno que rodea el Hospital.

Finalmente se espera que esto redunde en un servicio más humanizado y con calidad que ayude a cada persona en su condición específica y bajo unos estándares que permitan mejorar las soluciones en tiempo y costos y que la empresa se haga más rentable y competitiva en el mercado con base en sus ventajas y elementos positivos diferenciadores que llevara a

posicionarse en el mercado y dentro del esquema pluralista del actual modelo de salud en Colombia, sea elegida como la mejor opción en salud.

El equipo de investigación le agradece su participación y contribución en este estudio que busca establecer de forma participativa, una ruta metodológica y estratégica para la atención en salud de personas con ACV, centrada en el valor, en el marco del SGSSS en Colombia.

Habiendo comprendido lo anterior y después de resolver cualquier duda, inquietud o manifestación

Yo, _____ con documento de identidad N°. _____, declaro que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la actividad comunicacional en la que voy a participar; conozco sus beneficios y posibles riesgos; que la duración de la sesión es de aproximadamente (1) hora, que no hay remuneración alguna, que me fueron aclaradas todas las dudas. Soy consciente que no existen garantías absolutas.

En consecuencia, SI _____, NO _____ doy mi consentimiento para participar en el procedimiento descrito y lo demás que sean complementarios y necesarios, para el logro de los objetivos y alcance de esta investigación.

Adicionalmente declaro, se me ha explicado que las investigaciones en salud son reguladas por Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la Resolución 8430 de 1993 y de la normatividad vigente y que son procesos con el fin de producir nuevos conocimientos y herramientas que permitan mejorar la práctica clínica y la resolución de problemas de salud. Me explicaron que en caso de aceptar voluntariamente la participación en una investigación en salud realizada por la Universidad CES y en la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel, mi información será utilizada únicamente con fines estadísticos o científicos y en todos los casos mi identidad se preservará y no será de conocimiento público, de acuerdo a lo definido por la Ley 1581 de 2012, el Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y las demás normas concordantes, a través de las cuales se establecen disposiciones generales en materia de hábeas data y se regula el tratamiento de la información que contenga datos personales. Resueltas todas mis inquietudes y preguntas al respecto, SI _____, NO _____ doy mi consentimiento para que mi información pueda ser utilizada con fines de investigación en salud.

Entiendo SI _____, NO _____ que, en caso de no aceptar participar en la actividad aquí propuesta, esto no afectará de ninguna manera mi bienestar y que en cualquier momento puedo cambiar mi decisión, sin que conlleve alguna consecuencia

Entiendo SI _____, NO _____ que una copia de este consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Fabián Gutiérrez Builes al teléfono (604) 3394800 Ext. 268 y al correo gutierrez.fabian@uces.edu.co.

Los siguientes datos tienen por fin caracterizar socio demográficamente los participantes del estudio, a fin de analizar la información obtenida en los grupos focales. Los datos recolectados serán utilizados únicamente con fines estadísticos y/o científicos, y en todos los casos su identidad se preservará y no será de conocimiento público, de acuerdo con lo definido por la Ley 1581 de 2012, el Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y las demás normas concordantes, a través de las cuales se establecen disposiciones generales en materia de hábeas data y se regula el tratamiento de la información que contenga datos personales.
Resueltas todas sus inquietudes y preguntas al respecto, SI _____, NO _____ doy mi consentimiento para que mi información pueda ser utilizada con fines de investigación en salud.

El participante es autónomo: SI_____ NO_____

Firmas

Fecha: _____

_____ _____

Nombre del participante Firma del participante
(en letras de imprenta)

Identificación: _____
Número de teléfono de contacto: _____

Nombre del testigo 1: _____
Documento de identificación: _____
Firma o huella: _____
Parentesco con el participante: _____

Nombre del testigo 2: _____
Documento de identificación: _____
Firma o huella: _____
Parentesco con el participante: _____

_____ _____

Nombre del Investigador Firma del Investigador
(en letras de imprenta)
Identificación: _____
Número de teléfono de contacto: _____

## 13.2. Ficha sociodemográfica de la persona con ACV, su familia y/o cuidadores.

Nombres y apellidos: _____

Tipo de identificación: (señales con una X)

| | |
|---|---|
| Cédula de ciudadanía | |
| Cédula de extranjería | |
| NUI | |

No. De identificación: _____

¿Qué edad tiene actualmente? _____ años.

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (señales con una X):

| | |
|---|---|
| Ninguno | |
| Primaria | |
| Secundaria | |
| Universitario | |
| Posgrado | |

¿Cuál es su ocupación actualmente?:_____

¿Cuál es su rol en esta investigación?: por favor seleccione solo **una** de las siguientes opciones.

| | |
|---|---|
| Paciente | |
| Acompañante del paciente | |
| Cuidador primario del paciente | |
| Otro (Descríbalo): _____ | |

¿Cuál es la EPS del paciente? _____

¿Cuál fue la fecha en que ocurrió el evento cerebrovascular? _____

Firma: _____

### 13.3. Ficha sociodemográfica de otros actores del sistema de salud en Colombia relacionados con la atención de la persona con ACV.

Los siguientes datos tienen por fin caracterizar socio demográficamente los participantes del estudio, a fin de analizar la información obtenida en los grupos focales. Los datos recolectados serán utilizados únicamente con fines estadísticos y/o científicos, y en todos los casos su identidad se preservará y no será de conocimiento público, de acuerdo con lo definido por la Ley 1581 de 2012, el Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y las demás normas concordantes, a través de las cuales se establecen disposiciones generales en materia de hábeas data y se regula el tratamiento de la información que contenga datos personales.
Resueltas todas sus inquietudes y preguntas al respecto, SI _____, NO _____ doy mi consentimiento para que mi información pueda ser utilizada con fines de investigación en salud.

Nombres y apellidos: _____

Tipo de identificación: (señales con una X)

| | |
|---|---|
| Cédula de ciudadanía | |
| Cédula de extranjería | |
| NUI | |

No. De identificación: _____

Firma: _____

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (señales con una X):

| | |
|---|---|
| Ninguno | |
| Primaria | |
| Secundaria | |
| Universitario | |
| Posgrado | |

¿Cuál es su ocupación actualmente?:_____

¿Cuál es su rol en esta investigación?: por favor seleccione solo **una** de las siguientes opciones.

| | |
|---|---|
| Paciente | |

| | |
|---|---|
| Acompañante del paciente | |
| Profesional del área de la salud | |
| Personal de apoyo en el área de salud | |
| Personal de administrativo en el área de salud | |
| Directivo del área de la salud | |
| Directivo de los entes territoriales | |
| Directivo de EPS | |
| Directivo de la industria farmacéutica | |
| Experto en gestión en salud | |
| Experto en la atención de Accidente Cerebro Vascular | |
| Otro (Descríbalo): _____ | |

## 13.4. Guías para espacios conversacionales e intercambio de saberes.

Grupo Focal No. 1

Objetivo:

Construir con los pacientes y actores participantes en el proceso de atención, los objetivos de valor que orienten la ruta estratégica y metodológica, para la atención en salud de personas con Accidente Cerebrovascular, en una Institución Prestadora de Servicios de salud en Colombia.

| | |
|---|---|
| Participantes | |
| Moderador | |
| Fecha de realización del grupo focal(dd/mm/aaaa) | |
| Lugar del grupo focal | |
| Hora de inicio (hh:mm) | |
| Hora de finalización (hh:mm) | |
| Duración total del audio (mm:ss) | |

¿Cómo era su vida antes del ACV?
¿Qué deseaba y/o esperaba usted cuando fue atendido en el hospital por su ACV?
¿Qué fue lo bueno y lo malo durante toda la atención que recibió en el hospital?
¿Qué resultados en la salud debería tener otra persona con ACV, que sea atendida en el hospital?
¿Qué puede mejorar el hospital en el futuro, respecto a la atención a otras personas que sufran ACV, para evitar daños en la salud y la calidad de vida de estas personas?
¿Qué puede hacer el hospital, para que cuando usted regrese, se sienta mejor atendido?
¿Qué puede hacer el hospital y otras instituciones, para que usted mejore cada día más y se mantenga bien en los años venideros?
¿Hay algo que no les haya preguntado y que crean que sea importante para la ASBV?

Grupo focal No. 2

Objetivo:

Identificar los factores que favorecen y/o limitan la implementación de un modelo de atención en salud a partir el enfoque de la creación de valor, desde la perspectiva de los actores, sus roles y niveles de gestión y participación de estos, en la atención de personas con Accidente Cerebrovascular, en una Institución Prestadora de Servicios de salud en Colombia.

| | |
|---|---|
| Participantes | |
| Moderador | |
| Fecha de realización del grupo focal(dd/mm/aaaa) | |
| Lugar del grupo focal | |
| Hora de inicio (hh:mm) | |
| Hora de finalización (hh:mm) | |
| Duración total del audio (mm:ss) | |

Desde la perspectiva de su rol en el sistema de salud y competencias para la atención en salud para la atención a personas con Accidente Cerebro Vascular (ACV):

¿Qué limita y/o facilita implementar un modelo de atención en salud a personas con ACV, basado en la creación de valor, en el Hospital Manuel Uribe Angel (HMUA)?
¿Qué limita y/o facilita implementar la atención de personas con ACV, de manera concentrada en la Institución, evitando separar la atención, por especialidad o áreas físicas y mejore los resultados en salud en términos de oportunidad, continuidad, racionalidad y pertinencia?
¿Qué limita y/o facilita construir métricas estandarizadas para la atención del ACV, que sean relevantes para el paciente y la Institución, y que permitan medir los resultados en salud y costos por cada paciente atendido?
¿Qué limita y/o facilita implementar estrategias de contratación y sistemas de pago por paquetes integrales de atención o pagos agrupados, para la atención en ACV en la Institución?
¿Qué limita y/o facilita implementar un plan de incentivos y sanciones, para los profesionales y el hospital, por los resultados en salud obtenidos de la atención a personas con ACV?

¿Qué limita y/o facilita el ranquear públicamente el HMUA con otros hospitales, sobre los resultados en salud obtenidos de la atención a personas con ACV?
¿Qué limita y/o facilita implementar en el HMUA, un modelo de compra basada en el valor, para la atención de personas con ACV?
¿Qué limita y/o facilita implementar un modelo de atención integral en salud y sin barreras, a personas con ACV, a través del enfoque de Redes Integradas de Prestación de Servicios?
¿Qué limita y/o facilita la expansión geográfica del HMUA para la atención integral en salud a personas con ACV, en otros lugares de influencia de la región y/o el país?
¿Qué limita y/o facilita tener en el HMUA, una plataforma tecnológica que disponga de un sistema de información, amigable, comprensible, confiable, centrado en el paciente, que integre todo tipo de información, que facilite la gestión del riesgo y los costos, y que la información se pueda extraer y analizar en línea?
¿Qué limita y/o facilita implementar o mejorar en el HMUA, una cultura organizacional orientada al valor y la excelencia?
¿Hay algo que no les haya preguntado y que crean que sea importante para la ASBV?

Grupo focal No. 3

Apoyo

¿Qué significa para ustedes la expresión “crear valor en la atención en salud”?
¿Cómo se podría pensar una atención eficiente a la persona que sufre un ACV, respecto al rol que ustedes desempeñan en la Institución?
¿Cómo se podría mejorar la comunicación y escucha a la persona que es atendida por un ACV, en la Institución?
¿Cómo se podría mejorar la experiencia y confort de la persona que es atendida por un ACV, en la Institución?
¿Cómo se pueden vencer barreras de acceso y en el proceso de atención en salud, a la persona con ACV, que es atendida o requiere la atención en la Institución?
¿Qué limita y/o facilita implementar o mejorar en el HMUA, una cultura organizacional orientada al valor y la excelencia?
¿Cómo aportaría usted a que la atención de la persona con ACV, mejore su atención en la Institución?
¿Qué limita y/o facilita implementar estrategias de contratación y sistemas de pago por paquetes integrales de atención o pagos agrupados, para la atención en ACV en la Institución?
¿Hay algo que no les haya preguntado y que crean que sea importante para la ASBV?

Grupo focal No. 4 a grupo clínico y entrevista a experto clínico

¿Qué significa para ustedes la expresión “crear valor en la atención en salud”?
¿Cómo se podría pensar una atención eficiente a la persona que sufre un ACV, respecto al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación? (condición médica, ciclo de atención, eventos adversos, gastos en salud).
¿Qué opinan de (métricas estandarizadas) estandarizar los resultados en salud en cada uno de los ciclos de atención y según la condición médica?
¿Cuáles serían los resultados en salud objetivables desde la perspectiva clínica, para una persona que ha sufrido un ACV, después de tres meses de haber egresado de la Institución en el marco de los siguientes factores: reingreso por la misma causa o asociadas, dolor, funcionalidad, mental y psicológico, reincorporación a su vida cotidiana?
¿Qué acciones se pueden desarrollar a fin de que el estado de salud alcanzado pueda mejorar y/o mantenerse?
¿Cómo se puede integrar a los resultados en salud, lo esperado por el paciente?
¿Cómo se podría mejorar la comunicación con la persona que es atendida por un ACV, para de esta forma mejorar su experiencia y confort?
¿Qué ventajas y desventajas tiene la atención a persona con ACV en una sola zona geográfica en la ESE? Y ¿Qué limita y/o facilita su implementación?
¿Cómo sería y que integraría un plan de beneficios y/o incentivos, por la contribución al mejoramiento de los resultados?
¿Cómo ve que los resultados en salud de compartan a través de ranking con otras IPS y que esto favorezca la elección de estas?
¿Hay algo que no les haya preguntado y que crean que sea importante para la ASBV?

Entrevista a experto en implementación del modelo ASBV

Perfil del Entrevistado

- Nombre:
- Cargo:
- Institución/Organización:
- Años de experiencia:
- Rol específico en la implementación del modelo de valor:

Introducción y Contexto

¿Podría contarme brevemente sobre su trayectoria profesional y cómo se involucró en temas de atención en salud basada en valor?
¿Qué motivó a su institución/organización a adoptar el modelo de atención basado en valor propuesto por Porter?

Comprensión del Modelo de Valor

¿Cómo define usted la atención en salud basada en valor? ¿Qué aspectos del modelo de Porter considera más relevantes en su contexto?
¿Cuáles son los componentes clave del modelo de Porter que han aplicado (por ejemplo, unidades integradas de atención, medición de resultados y costos por condición médica, sistemas de TI, etc.)?

Implementación del Modelo

¿Cuál fue el enfoque o estrategia que siguieron para implementar el modelo en su organización?
¿Qué áreas clínicas o servicios fueron priorizados para iniciar la implementación?
¿Cómo se organizó el trabajo multidisciplinario y la atención centrada en el paciente?

Resultados y Evaluación

¿Qué indicadores se utilizaron para medir el valor en salud (resultados clínicos, experiencia del paciente, costos, etc.)?
¿Qué mejoras o resultados tangibles han observado desde la implementación del modelo?
¿Puede compartir algún caso de éxito o ejemplo concreto donde se haya evidenciado un mayor valor para el paciente?

Retos y Lecciones Aprendidas

¿Cuáles fueron los principales desafíos que enfrentaron durante la implementación?
¿Cómo lograron la aceptación por parte del personal médico y otros actores del sistema?
¿Qué lecciones clave ha aprendido que podrían ser útiles para otras instituciones que deseen adoptar este modelo?

Perspectivas Futuras

¿Cuáles son los próximos pasos en la evolución del modelo de atención basado en valor en su organización?
¿Cómo visualiza el futuro del sistema de salud si se generaliza este enfoque de atención?

Cierre

¿Hay algo más que le gustaría agregar respecto a la atención en salud basada en valor?

¿Qué consejo le daría a los profesionales de la salud o líderes que desean implementar este modelo?

## 13.5. Instrumento final de validación

Objetivo: se validará con tres participantes clave de los grupos focales si la información contenida en las afirmaciones preliminares corresponde a lo que ellos respondieron inicialmente o si es necesario complementarla o cambiarla.
Participantes:

1- Urgenciólogo y Directivo Institucional.
2- Familiar de paciente.
3- Directivo de la industria farmacéutica

| | Datos contexto | Pregunta |
|---|---|---|
| 1 | Categoría: la actual atención en salud de la persona con ACV, en una IPS en Colombia.<br>Hipótesis preliminar: sobrevivir, prestar una atención en salud a la persona con ACV fragmentada y desalineada, y obtener unos resultados en salud limitados a datos; son los vacíos que deja la atención en salud centrada en el volumen y no en el valor. | ¿Considera usted que la actual atención en salud a la persona con ACV, podría mejorarse si los actores del sistema se articularán y se alinearan, para obtener mejores resultados en salud, diferentes a los que hoy se obtienen por sobrevivir en medio de la crisis de la salud, en Colombia? |
| 2 | Categoría: los actores, sus roles y competencias en el actual sistema.<br>Hipótesis preliminar: el mundo real de los actores y su relación en un sistema de salud no alineado versus la teoría de un ecosistema ideal en salud. | ¿Quiénes son las instituciones y las personas que hoy intervienen en la atención de la salud de la persona con ACV y que hacen? |
| 3 | Categoría: los actores, sus roles y competencias en el actual sistema.<br>Hipótesis preliminar: la estrategia y los estrategas de la atención en salud a la persona con ACV, basada en el valor. | ¿Quiénes son las instituciones y las personas que deberían estar en la atención de la salud de la persona con ACV bajo un enfoque de valor? |
| 4 | Categoría: fortalezas y limitaciones para la implementación del modelo ASBV.<br>Hipótesis preliminar: la cultura de la excelencia: una decisión para transformar los resultados en salud. | ¿Qué favorece, limita o reta la implementación de un centro de excelencia para la atención de la persona con ACV, en una IPS en Colombia? |
| 5 | Categoría: fortalezas y limitaciones para la implementación del modelo ASBV.<br>Hipótesis preliminar: el valor que suma: es la intersección de lo relevante y lo distinto | ¿Qué opina usted de que crear valor en la atención en salud, es hacer las cosas distintas, pero que sean relevantes para la persona con ACV y su familia? |
| 6 | Categoría: los objetivos de valor para la persona con ACV y su familia.<br>Hipótesis preliminar: los resultados en salud son la voz del paciente. Una resignificación del deseo ante lo no esperado. | ¿Considera usted que la buena comunicación, la toma de decisiones con el paciente y su familia, la experiencia y humanización del servicio, así como construir una atención en acuerdo con lo que el paciente y su familia necesite y desee, es importante? |

| | Datos contexto | Pregunta |
|---|---|---|
| 7 | Categoría: los objetivos de valor para la persona con ACV y su familia.<br>Hipótesis preliminar: un centro de excelencia en la creación de valor, que mide lo pertinente e incentiva el mejoramiento continuo, para humanizar la salud y dignificar la persona. | ¿Considera usted que la atención en salud a la persona con ACV, empieza en la comunidad, pasa por lo hospitalario, pero debería ir hasta la reincorporación de esta persona a nueva vida familiar, social y ocupacional? |
| 8 | Categoría: diseño de la propuesta de ruta y su implementación.<br>Hipótesis preliminar: resignificar la atención en salud desde el valor, una apuesta por resultados diferentes y relevantes para la persona con ACV en una IPS en Colombia. | ¿Qué opina usted de ver una nueva propuesta de atención en salud, que sea diferente e importante para la persona con ACV y su familia? |