

INSTITUTO TECNOLÓGICO DE BUENOS AIRES – ITBA
MAESTRÍA EN DIRECCIÓN ESTRATÉGICA Y TECNOLÓGICA
ESCUELA DE POSTGRADO



MARCO ESTRATÉGICO BÁSICO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE PRÁCTICA INTEGRADA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO II

Autor: Gigler María Cristina (Leg. N° 104684)

Docente: Pedro Del Campo

**TESIS PRESENTADA PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER EN DIRECCIÓN
ESTRATÉGICA Y TECNOLÓGICA (ARGENTINA) Y MASTER EXECUTIVA EN DIRECCIÓN
ESTRATÉGICA Y TECNOLÓGICA (ESPAÑA)**

Buenos Aires

Segundo cuatrimestre, 2021

Índice

Resumen Ejecutivo	8
1. Capítulo 1. Situación actual, objetivo de cambio y análisis de fuerzas	10
1.1 <u>Situación actual</u>	10
1.1.1 Accesibilidad	10
1.1.2 Fragmentación	11
1.1.3 Variabilidad	13
1.2 <u>Definición del objetivo de cambio</u>	14
1.2.1 La atención en salud basada en el valor	14
1.2.1.1 Unidades de práctica Integrada	15
1.2.1.2 Mediciones de resultados y costos por cada paciente	16
1.2.1.3 Pago por paquetes integrales de atención	18
1.2.1.4 Redes Integradas de Prestación de Servicios	19
1.2.1.5 Expansión geográfica	19
1.2.1.6 Sistema de información y tecnología	20
1.2.2 Unidad de práctica integrada	22
1.3 <u>Fuerzas que impulsan el cambio hacia la situación deseada</u>	24
1.3.1 Pacientes	24
1.3.2 Mercado	25
1.3.3 Financiadores	26
1.4 <u>Fuerzas que resisten el cambio hacia la situación deseada</u>	26

1.4.1 Médicos y personal de salud	26
1.4.2 Líderes	26
1.4.3 Organización/Cultura	27
1.4.4 Proveedores	28
1.4.5 Modelo de pago	28
1.4.6 Tipo de tecnología de la información	29
1.4.7 Políticas de salud	29
2. Capítulo 2. Análisis sensible al conflicto	30
2.1 <u>Introducción</u>	30
2.2 <u>Resumen del análisis de conflictos</u>	30
2.2.1 Identificación de los conflictos que afectan el área objetivo	30
Tabla 2.2.1 Categoría de conflictos	31
2.2.1.1 Cambio en el modelo de atención para el paciente	31
2.2.1.2 Cambio en los patrones de atención para los médicos	32
2.2.1.3 Disminución en el volumen de las consultas y en el ingreso	32
2.2.1.4 Cambio en la autonomía tradicional de los líderes médicos	33
2.2.1.5 Cambio organizacional para los líderes médicos	33
2.2.1.6 Cambio en los sistemas de Tecnología de la información	34
2.2.1.7 Implementación de un cambio organizacional	34
2.2.1.8 Incertidumbre financiera para los administradores	35
2.2.1.9 Cambio en el modelo de pago para los financiadores	35
2.2.2 Priorización de los conflictos identificados	36
2.2.2.1 Definir criterios de priorización	36
Tabla 2.2.2.1 Impacto del conflicto en las personas y en el proyecto	36

2.2.2.2 Clasificar los conflictos identificados según la gravedad de sus impactos	37
Tabla 2.2.2.2 Matriz de Impactos. Conflictos de alta, media y baja prioridad	37
2.2.2.3 Evaluar la viabilidad de abordar eficazmente el conflicto	38
Tabla 2.2.2.3 Selección de conflictos priorizados	38
2.2.3 Analizar los conflictos seleccionados	38
2.2.3.1 Árbol de conflicto	39
Tabla 2.2.3.1 Resumen de conflicto central, causas y efectos	39
2.2.3.2 Mapa del conflicto	40
Figura 2.2.3.1 Mapa de conflicto en la implementación de UPI	40
2.2.3.3 Perfiles de las partes interesadas	42
Tabla 2.2.3.3 Perfil de las partes interesadas en la implementación de UPI	42
2.3 <u>Diseño o modificación de actividades para que el proyecto sea sensible a los conflictos</u>	43
Tabla 2.3.1 Actividades para reducir los riesgos de conflicto	43
Tabla 2.3.2 Actividades para reducir los riesgos de conflicto en base al mapa	43
Tabla 2.3.3 Actividades para reducir los riesgos de conflicto en base al perfil	44
Capítulo 3. Análisis de los procesos de implementación de unidad de práctica integrada	45
3.1 <u>Introducción</u>	45
3.2. <u>Implementación de una Unidad de práctica Integrada para la Diabetes tipo II</u>	46
3.2.1 Introducción	46
3.2.2 Desarrollo de UPI Diabetes. Procesos	48
3.2.2.1 Introducción	48
3.2.2.2 Establecer una estructura de liderazgo	48
Figura 3.2.2.2 Estructura de Liderazgo	49

3.2.2.3 Establecer un equipo líder	49
Figura 3.2.2.3 Equipo líder	50
3.2.2.4 Definir de las condiciones de ingreso	50
Tabla 3.2.2.4 Criterios de Inclusión de la población diana	50
3.2.2.5 Definir de las necesidades de la población diana	51
Figura 3.2.2.5.1 Continuidad de la enfermedad crónica.	51
Figura 3.2.2.5.2 Volumen de pacientes y soporte asistencial	52
Tabla 3.2.2.5 Necesidades de la población Diana	53
3.2.2.6 Definir las rutas de atención del paciente	53
Figura 3.2.2.6 Ruta Asistencial DBT II. Componentes de una visita usual	54
3.2.2.7 Montaje del equipo de la UPI	54
Tabla 3.2.2.7 Personal de la UPI	55
3.2.2.8 Mecanismos de integración estructural	56
3.2.2.9 Estructura de gestión y liderazgo	56
3.2.2.10 Mecanismos de integración funcional	57
3.2.2.11 Definir los resultados que se quieren alcanzar	57
Tabla 3.2.2.11.1 Nivel 1. Resultados a evaluar e indicadores a medir	58
Tabla 3.2.2.11.2 Nivel 2. Resultados a evaluar e indicadores a medir	58
Tabla 3.2.2.11.3 Nivel 3. Resultados a evaluar e indicadores a medir	59
3.2.2.12 Medir y mejorar el desempeño	59
Figura 3.2.2.12.1 El escenario de la medición	60
Figura 3.2.2.12.2 Herramientas digitales de recolección de datos	60
3.2.2.13 Medir y mejorar los costos	61
Figura 3.2.2.13 Mapeo de la utilización de recursos	61
3.2.2.14 Establecer sistemas de incentivos que recompensan el valor	62

Capítulo 4. Alcance del Proyecto	63
4.1 <u>Propósito del proyecto</u>	63
4.2 <u>Objetivos del proyecto</u>	63
4.3 <u>Alcance del Proyecto</u>	64
4.3.1 Requerimientos	
4.3.1.1 Descripción del producto	65
4.3.1.2 Criterios de aceptación del producto	65
4.3.1.3 Enumeración de los entregables del Proyecto	65
Tabla 4.3.1.4 Descripción, responsables y validación de Entregables	66
4.3.2 Estructura WBS	69
Figura 4.3.2. Estructura WBS	69
4.3.3 Factores clave de éxito	69
4.3.4 Restricciones	70
4.3.5 Supuestos	70
4.4 <u>Hitos principales</u>	72
Tabla 4.4 Fecha estimada de Hitos principales	72
4.5 <u>Equipo de Trabajo</u>	72
Figura 4.5 Organigrama	73
4.6 <u>Principales riesgos</u>	73
Tabla 4.6 Conflicto, impacto, factibilidad y plan de mitigación	73
4.7 <u>Stakeholders</u>	74
4.7.1 Clasificación de Stakeholders	74
4.7.2 Análisis de Stakeholders	75

Tabla 4.7.2 Análisis de interés e Influencia de los Stakeholders	75
4.7.3 Matriz Poder-Influencia / Interés de Stakeholders	85
Figura 4.7.3 Matriz de análisis de Stakeholders	85
4.8 <u>Gantt</u>	86
Tabla 4.8 Gantt	86
4.8.1 Gantt extendido	87
Tabla 4.8.1 Gantt extendido	87
Tabla 4.8.2 Gantt extendido cont.	88
Tabla 4.8.3 Gantt extendido cont.	89
Tabla 4.8.4 Gantt extendido cont.	90
5. Conclusiones	91
6. Bibliografía	93
7. Índice de Tablas	98
8. Índice de Figuras	99
9. Glosario de Términos	100

Resumen Ejecutivo

Los sistemas de salud definidos como “el conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud”, vienen experimentando desde hace años el impacto de cambios en la demanda y en la oferta, que comprometen la propia sustentabilidad.

La atención médica actual no está necesariamente estructurada para crear valor en la experiencia del paciente. Los hospitales persiguen aumentar los ingresos, los planes de salud pretenden reducir los costos y los médicos procuran incrementar sus ingresos, aumentando el volumen de sus consultas. Por el contrario, los pacientes reclaman buenos resultados con menos visitas al consultorio, menos procedimientos y menos pruebas. Se necesita una práctica más individualizada para alcanzar todos estos objetivos.

El desafío de crear valor en poblaciones con enfermedades crónicas, que normalmente se enfrentan a necesidades cada vez más complejas, es todavía más difícil. La diabetes mellitus es un excelente ejemplo de una afección crónica con amplias implicancias económicas y de salud para la población.

La teoría del Value-Based Health Care (VBHC) tiene como fundamento la atención sanitaria centrada en las necesidades del paciente y en la generación de valor. Aboga por un cambio de modelo, en el que la prestación de servicios sanitarios no esté centrada en la cantidad de servicios prestados, sino en el valor de los mismos; entendiendo valor como los resultados en salud relevantes para las personas, en relación al costo integral de obtenerlos. El modelo VBHC consta de una estrategia que incluye entre otras, la creación de unidades de práctica integrada.

Las Unidades de Práctica Integradas (UPI) se definen como "estructuras organizadas alrededor del paciente, que brindan el ciclo completo de atención para una afección médica, incluida la educación, la participación y el seguimiento del paciente, y abarcan la atención hospitalaria, ambulatoria y de rehabilitación, así como los servicios de apoyo".

Una UPI se organiza en torno a una afección médica o un conjunto de afecciones estrechamente relacionadas. La atención es brindada por un equipo multidisciplinario y dedicado de médicos y otros agentes sanitarios y no sanitarios, que dedican una parte significativa de su tiempo a la unidad. El equipo asume la responsabilidad del ciclo completo de atención de la afección.

Las Unidades de Práctica Integrada representan una disrupción en la organización tradicional de la atención médica. Su conformación transgrede la forma habitual de atención en

especialidades, estructurada en verdaderos silos, así como las líneas de autoridad y el flujo de fondos a través de los servicios.

La posibilidad real de crear y coordinar exitosamente en la práctica equipos de este tipo, requiere considerar aspectos conflictivos que van desde el cambio de estructura de la organización, cambios en el modelo de atención para el paciente, cambio en la concepción de atención individual por parte del profesional a una atención grupal y cambio en la remuneración tradicional por volumen, a una remuneración por paquetes integrales de atención, entre muchos otros aspectos.

El objetivo de este documento es desarrollar un marco estratégico básico para la implementación de una unidad de práctica integrada para la atención de pacientes con Diabetes tipo II. En el capítulo 1, se describe la situación actual, el objetivo de cambio y el análisis de fuerzas. En el capítulo 2 se analizan las causas, actores e impactos de potenciales conflictos. En el capítulo 3 se analizan los procesos de implementación requeridos para su desarrollo y en el capítulo 4 se describe el alcance del proyecto.

A modo de conclusión, el desarrollo de una Unidad de práctica integrada (UPI) conformada por un equipo multidisciplinario centrado en las necesidades de los pacientes, requiere el rediseño de los procesos asistenciales que involucran la atención de esta población y tiene como objetivo evitar la falta de accesibilidad, la variabilidad, la atención fragmentada y particularmente agregar valor. Para los pacientes, significa un cuidado más seguro, apropiado y eficaz, con mejores resultados de salud y calidad de vida. Para las organizaciones sanitarias, supone emplear tratamientos y técnicas de eficacia probada que tengan en cuenta los deseos y preferencias de los pacientes y gestionar eficientemente los recursos escasos. Para el conjunto de la sociedad, este nuevo modelo de organización sanitaria, tendría como resultado un sistema de salud más eficiente y sostenible.

Capítulo 1. Situación actual, objetivo de cambio y análisis de fuerzas

1.1 Situación actual

El impacto de cambios en la demanda (envejecimiento de la población, emergencia de las enfermedades crónicas, comorbilidad múltiple, el aumento de las expectativas de los ciudadanos en relación a su salud) y en la oferta (acelerada innovación biosanitaria, personal sanitario calificado, disrupción digital, entre otras), están comprometiendo la sustentabilidad de los sistemas de atención médica.

La OMS define los sistemas de salud como “el conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud”¹. Los sistemas de salud tienen tres funciones principales: la gobernanza, el financiamiento y la prestación de servicios de salud. Las características específicas de cada sistema de salud dependen de la historia y las condiciones políticas y socioeconómicas de cada país, así como del grado de influencia que ejercen los diversos grupos de interés y el juego de las fuerzas políticas.

A diferencia de los modelos instaurados en la mayoría de los países europeos, los subsistemas latinoamericanos se orientaron hacia estratos específicos de la población, agrupados por clase social, ingreso, ocupación, inserción en el mercado laboral formal, origen étnico o condición urbana o rural, lo que produjo un fenómeno de segregación poblacional consistente en la estratificación del ejercicio del derecho a la salud.

Es en este contexto, es que la estructura organizativa tradicional de los sistemas de salud en América Latina en general y en la Argentina en particular, se basa en un régimen no integrado de subsistemas dirigidos a estratos específicos de la población, lo que conduce a una mayor segmentación y fragmentación y afecta profundamente su desempeño². Como consecuencia de esta estructura se identifican tres aspectos interrelacionados que impiden la actuación eficiente del sistema que son la accesibilidad, la fragmentación y la variabilidad en la práctica médica.

1. Accesibilidad. Los sistemas de salud deben ofrecer servicios accesibles, oportunos y de calidad. Los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobaron en el 2014 la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (documento CD53/5, Rev. 2 y resolución CD53.R14), con la que se intentaba avanzar en el acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad, ampliados progresivamente, y coherentes con las necesidades de salud, las capacidades del sistema y el contexto nacional³.

En el marco de la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, la calidad de los servicios consiste en satisfacer las necesidades de salud de las personas, las

familias y las comunidades con base en las mejores prácticas, la ética y el conocimiento científico, contribuyendo a la equidad y al bienestar, sin dejar a nadie atrás, lo que implica una particular atención a la accesibilidad de las personas y poblaciones en situación de vulnerabilidad⁴. Entendiendo el concepto de población vulnerable como un subgrupo que, debido a unas características sociales compartidas, tiene una mayor posibilidad de estar expuesto a diferentes riesgos.

La accesibilidad al sistema está condicionada por factores geográficos, económicos, jurídicos, sociales y culturales. Las barreras al acceso, definidas como los obstáculos que impiden que las personas transiten adecuadamente por este proceso, se identifican en dos grupos: las de oferta (impuestas por el prestador médico o por el sistema) o las de demanda (atribuidas al individuo). El acceso no solo denota la entrada del individuo al sistema, sino que en un sentido más amplio comprende desde la causa o la necesidad hasta el resultado o finalización de la atención médica. En lo que respecta al continuo de la atención, la demora en obtener turnos con especialistas, para realizar estudios diagnósticos o recibir tratamientos adecuados y oportunos, constituye una barrera para la accesibilidad y hace que la demanda no sea satisfecha.

En nuestro país el acceso a la salud está dirigido en cada subsistema (público, privado y obras sociales) a un conglomerado social diferente. Los datos sugieren la heterogeneidad en la accesibilidad en los diferentes subsistemas, particularmente en poblaciones vulnerables. Es necesaria la focalización en la población vulnerable con enfoques en políticas que permitan mejorar la accesibilidad en todo el continuo de la atención y que influyan en factores conductuales, como los estilos de vida y las prácticas preventivas.

2. Fragmentación. La segmentación de los servicios de salud es una causa importante, aunque no la única, del bajo nivel de desempeño de los sistemas de salud y puede generar por sí misma, o asociada a otros factores, dificultades en el acceso a los servicios, prestación de servicios de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, aumento innecesario de los costos y poca satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos^{5,6,7}.

El fraccionamiento de los servicios de salud se manifiesta de múltiples formas en los distintos niveles del sistema de salud. En el desempeño general del sistema, se manifiesta como falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y de la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en especial, en los hospitales.

Algunos ejemplos concretos incluyen la baja capacidad de resolución del primer nivel de atención, el uso de servicios de urgencia para tener acceso a la atención especializada, la

internación de pacientes en los hospitales cuyos casos podrían haberse resuelto en forma ambulatoria o la prolongación de la estadía en los hospitales por dificultades para dar de alta a los enfermos con problemas sociales.

En la experiencia de las personas que utilizan el sistema, la fragmentación se expresa como falta de acceso a los servicios, interrupción de la comunicación entre los proveedores de asistencia, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios. Algunos ejemplos puntuales comprenden la demanda reprimida, las derivaciones múltiples, la necesidad de visitar varios sitios asistenciales para solucionar un único episodio de enfermedad, la pérdida de datos vitales y la realización de pruebas redundantes.

En la medida que la atención médica se vuelve más compleja, los pacientes reciben asistencia simultánea de un número cada vez mayor de prestadores, en cada vez más diversas instalaciones. Esta expansión exige una necesidad urgente de herramientas que mejoren la comunicación, el intercambio de datos y la distribución de tareas, en un ecosistema de atención médica en continua evolución.

Los médicos experimentan los efectos de la fragmentación de datos de dos maneras distintas. En primer lugar, los avances inadecuados en la interoperabilidad y el intercambio de datos dejan los datos varados, a medida que los pacientes se mueven entre los diferentes entornos de atención. En segundo lugar, muchos sistemas de registros médicos electrónicos fragmentan aún más la información en múltiples pestañas y ventanas, a través de diseños deficientes de interfaz de usuario⁸. Ambos aspectos limitan la posibilidad de aprovechar la digitalización de los datos de la historia médica de los pacientes.

En Argentina, las principales causas que favorecen la fragmentación del modelo se relacionan a la segmentación institucional del sistema de salud en público y privado, al predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas (programas verticales) que no están integrados, al modelo de atención centrado en la enfermedad y no en el paciente, al cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria aislada, a la debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria, a problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos, a deficiencias en la definición de roles, nivel de competencias, mecanismos de contratación y disparidades en los salarios del personal de salud, a la multiplicidad de instituciones pagadoras y de mecanismos de pago de servicios, a la conducta de la población y de los proveedores de servicios que son contrarias a la integración, a trabas jurídicas y administrativas, entre otras⁹.

3. Variabilidad. La variación inexplicable en todos y cada uno de los aspectos de la atención médica es probablemente inevitable, por su alta complejidad y la imposibilidad de controlar todas las variables que pueden producirla. Algunas variaciones pueden explicarse por las características de los pacientes individuales o por las diferencias en la capacidad de los médicos. Más allá de la variación en el trabajo de los profesionales de la salud, también existe una variabilidad en la forma en que funciona el sistema, que a su vez produce variaciones en el acceso, los resultados y otros indicadores importantes.

La variabilidad clínica injustificada en la atención sanitaria se define como "la variación que no puede explicarse por la condición o la preferencia del paciente y que solo puede interpretarse por diferencias en el desempeño del sistema de salud". La variabilidad en la atención se ha comprobado en una amplia gama de situaciones vinculadas al cuidado de la salud, tanto agudas como crónicas, en entornos hospitalarios y de atención primaria, y con respecto al diagnóstico, tratamiento y prácticas de prescripción¹⁰.

En los sistemas sanitarios, no solamente se describen variaciones en desenlaces de salud importantes para el paciente (mortalidad, morbilidad, etc.), sino también variaciones injustificadas en la utilización de recursos, en los umbrales de decisión para realizar tratamientos, en el flujo de pacientes a través del sistema y en la productividad y eficiencia de equipos y organizaciones.

Las causas de la variación injustificada en la atención médica son múltiples. Algunas diferencias pueden estar vinculadas a múltiples opciones de diagnóstico o tratamiento, diferencias en el conocimiento de los médicos, diferencias en la adopción de la innovación, la disponibilidad de ciertos servicios particulares y ausencia de otros (por ejemplo, mayores hospitalizaciones en relación a baja disponibilidad de atención ambulatoria oportuna y eficaz), entre otras¹¹.

En lo que respecta a las variaciones en productividad existen sin duda factores visibles y objetivos como los cuellos de botella, el tiempo de quirófano, la disponibilidad de camas y las características individuales de los médicos, por dar algunos ejemplos. Existen, además, otros factores menos visibles, vinculados a decisiones de gestión y políticas relacionadas con la asignación de recursos, el establecimiento de programas, incentivos para la mejora, disponibilidad de tecnologías y tratamientos específicos, entre otros.

La cultura organizacional, el trabajo en equipo, la comunicación interna, las actitudes hacia el aprendizaje, ya sea a través del error o de otras estrategias, también pueden ser factores importantes que explican la variabilidad. Por ejemplo, está descrito en la literatura que los hospitales con altos niveles de eventos adversos parecen tener tasas de mortalidad más bajas.

Disminuir la variación injustificada requeriría rediseñar un sistema deficiente e instruir al personal de salud para implementarlo y mejorarlo. Establecer funciones que ayuden a los médicos a navegar por el sistema y a tomar decisiones óptimas y fijar soluciones para los problemas del flujo de pacientes y de la baja productividad¹².

1.2 Definición del objetivo de cambio.

1.2.1 La atención en salud basada en el valor

La atención sanitaria basada en el valor (VBHC) es un término acuñado por primera vez, en 2006 en el libro titulado “Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results” por Michael Porter y Elizabeth Teisberg. Propusieron que la asistencia sanitaria debería reestructurarse y centrarse en la competencia y en mejorar los resultados para los pacientes¹².

La teoría del Value-Based Health Care tiene como fundamento la atención sanitaria centrada en las necesidades del paciente y en la generación de valor. Aboga por un cambio de modelo, en el que la prestación de servicios sanitarios no esté centrada en la cantidad de servicios prestados, sino en el valor de los mismos, entendiendo valor como los resultados en salud relevantes para las personas en relación al costo integral de obtenerlos¹³.

Sin duda la industria de la salud, como cualquier otra, debe crear valor. El debate gira en torno a quién es el sujeto para el que se crea valor. El marco conceptual desarrollado por Porter, defiende la creación de valor para el paciente. El valor se define, entonces, como lograr el mejor resultado para el paciente al menor costo, es decir, la mejor salud por peso gastado.

En este contexto, crear valor en la experiencia sanitaria es una tarea de equipo, que requiere la interacción profunda entre pacientes, familiares y el conjunto de profesionales. Requiere además estructuras y cambios organizativos que permitan a los profesionales de la salud adoptar prácticas colaborativas centradas en el paciente¹⁴.

La atención médica actual no está necesariamente estructurada para crear valor en la experiencia del paciente. Los hospitales persiguen aumentar los ingresos, los planes de salud pretenden reducir los costos y los médicos procuran aumentar los ingresos de sus consultorios. Los pacientes reclaman buenos resultados con menos visitas al consultorio, menos procedimientos y menos pruebas. Esta interacción entre los actores, evidentemente no redundará en mejores resultados para los pacientes. Se necesita una práctica más individualizada para alcanzar todos estos objetivos¹⁵.

La calidad en la atención médica se define generalmente a través de dominios que reflejan una atención que es efectiva (basada en evidencia científica) y accesible y equitativa (atención oportuna, geográficamente razonable, en un entorno apropiado a las necesidades, para todas las personas más allá de sus características personales como género, raza, etnia, ubicación geográfica o nivel socioeconómico).

La calidad en la atención médica debe ser fundamentalmente centrada en la persona (respetando las preferencias y aspiraciones de los individuos y las culturas de las comunidades), coordinada (brindando continuidad de la atención entre todos los programas, profesionales, organizaciones y niveles a lo largo del tiempo), segura (minimiza el riesgo y el daño a los usuarios del servicio), eficiente y sostenible (logro de resultados maximizando el uso de recursos y evitando el desperdicio). La calidad en cada uno de estos dominios se define en términos de estándares, con indicadores que reflejan, directa o indirectamente, el grado de cumplimiento de cada uno de ellos^{16,17}.

El modelo VBHC de la Harvard Business Review consta de una estrategia de negocio en cinco componentes interdependientes y un sistema de información que apalanca el valor¹⁸.

1.2.1.1 Unidades de práctica Integrada. La organización de la atención sanitaria es actualmente por especialidad, por lo que un paciente que tiene una afección que necesita el cuidado de diferentes especialidades, irá de un consultorio a otro para recibir su tratamiento. Uno de los principios más importantes propuestos por el modelo de atención en salud basada en el valor, es la creación de centros y equipos especializados que puedan ofrecer tratamientos integrales, coordinados, y con un alto nivel de comunicación e interacción para pacientes con condiciones específicas de salud¹⁹.

El objetivo es que en un solo lugar y en una misma visita, los pacientes dispongan de un equipo preparado para abordar sus diferentes problemas relacionados con la condición que padece. La atención se centra en una afección médica, que requiere el esfuerzo de múltiples médicos y otros profesionales de la salud. Esta organización se conoce como unidad de práctica integrada (UPI). La UPI está formada por médicos y no médicos que brindan el ciclo completo de atención al paciente¹⁸.

La creación de estos centros resulta ser bastante favorable en la medida que permiten atender pacientes de alto riesgo de manera temprana, reduciendo de este modo posibles complicaciones que, en estadios avanzados, podrían ser más difíciles y costosas de tratar. Contar

con estos equipos especializados de atención, reduce las cargas adicionales para los usuarios, quienes reciben de manera inmediata los servicios complementarios que requieren y dejan de deambular en el sistema hasta que logran autocoordinar citas y procedimientos.

Si bien la creación de centros especializados para todas las condiciones en salud no es viable y tampoco práctico dada la diversidad y volumen fluctuante de condiciones en salud a tratar, priorizar aquellas condiciones con mayores niveles de complejidad y comorbilidad, las cuales demandan mayores niveles de entrenamiento y recursos, deben ser criterios de selección para la creación de una UPI sobre otra²⁰.

1.2.1.2 Mediciones de resultados y costos por cada paciente. La mejora sostenida en cualquier campo requiere de la medición de resultados. Los equipos mejoran y se destacan al realizar un seguimiento del progreso a lo largo del tiempo y comparar su desempeño con el de sus pares dentro y fuera de su organización²¹.

Los resultados de salud que importan a los pacientes son multidimensionales. El enfoque no involucra solo los indicadores de resultados clínicos tradicionales, sino que también incluye factores más amplios, como la calidad de vida del paciente y la capacidad para trabajar. Ningún indicador individual captura el resultado de la atención.

Para ser verdaderamente indicativo de lo que le importa a los pacientes, la participación de éste en el diseño y desarrollo de indicadores, es esencial. En este sentido, los resultados que son importantes para los pacientes contemplan un reflejo más amplio de la experiencia del paciente a lo largo de todo el curso de su atención²².

El modelo basado en valor, hace referencia a la necesidad de desarrollar e implementar métricas que incorporen la voz de los pacientes y logren medir lo que “de verdad aporta valor a los propios pacientes y a las diferentes poblaciones”. El reto consiste en medir, recoger, analizar, reportar y comparar resultados, de manera estándar. La estructura actual de los modelos sanitarios, hace difícil medir el valor y la mayoría de los proveedores de la industria de la salud no lo hacen²².

Los resultados deben medirse por condición y ciclo de atención, no por especialidad o incluso por intervención. Debe cubrir el ciclo completo de atención y valorar aspectos emocionales y sociales. Según el modelo de Porter, los resultados se dividen en tres niveles. El Nivel 1 involucra el estado de salud alcanzado. Para los pacientes obviamente son importantes desenlaces duros como la mortalidad, pero también lo son, aspectos funcionales que hacen a su calidad de vida.

Por ejemplo, en el tratamiento del cáncer de próstata, resultados funcionales cruciales, como la incontinencia y la función sexual, son altamente variables entre los distintos proveedores y deben ser analizados²².

Los resultados del Nivel 2 se relacionan con la naturaleza del ciclo de atención y la recuperación. Involucran al proceso de atención oportuno y sin incidentes innecesarios. Por ejemplo, las altas tasas de readmisión hospitalaria, los retrasos significativos para ver a un especialista o para el inicio del tratamiento, prolongan el regreso a la vida normal.

Los resultados del Nivel 3 se relacionan con la sostenibilidad de la salud, la posibilidad de recurrencia o de complicaciones posteriores a un tratamiento. No es igual un reemplazo de cadera que dura dos años, que otro que dura 15 años; tanto desde la perspectiva del paciente como desde la del proveedor y financiador.

Si todos los niveles de resultados funcionan bien, los costos bajarán y la productividad aumentará. Los resultados deben informarse públicamente para beneficiar a los pacientes y proveedores. Estos informes públicos acelerarán aún más la innovación, al motivar otros proveedores a mejorar sus propios resultados. Los costos para lograr valor para el paciente deben medirse en torno al paciente, no en la especialidad o en los departamentos. La medición en torno a un ciclo completo de atención, permitirá reducir los costos mediante la reasignación y/o eliminación de los recursos y mediante un mejor uso de la capacidad local²².

Para facilitar los procesos de medición, comparación de resultados y aprendizaje entre instituciones y países, El Consorcio Internacional de Medición de Resultados en Salud (ICHOM, por sus siglas en inglés) reúne a líderes clínicos de todo el mundo y desarrolla estándares de evaluación para condiciones de salud con altos niveles de prevalencia, cronicidad y costo, (Por ejemplo, cáncer de mama, próstata y pulmón, diabetes, enfermedad renal crónica y coronaria, entre otras). Estas métricas no solo evalúan el resultado clínico, sino también el resultado funcional, que es el objetivo final del paciente y que involucra mejorar su calidad de vida²³.

Pocos médicos tienen conocimiento de lo que cuesta cada componente de la atención, y mucho menos de cómo se relacionan los costos con los resultados logrados. En la mayoría de las organizaciones de atención médica, prácticamente no existe información precisa sobre el costo del ciclo completo de atención, para un paciente con una condición médica en particular. De hecho, la mayoría de los sistemas de contabilidad de costos de los hospitales, se basan en departamentos, no en pacientes, y están diseñados para facturar por servicios y procedimientos, de manera independiente.

La atención de la salud basada en el valor, promueve la estimación de los costos totales como elemento fundamental para determinar el valor alcanzado luego de una intervención. Para determinar el valor, los proveedores deben medir los costos a nivel de la condición médica, rastreando los gastos involucrados en el tratamiento de la condición durante el ciclo completo de atención. Esto requiere comprender los recursos utilizados en la atención de un paciente, incluido el personal, el equipo y las instalaciones, el costo de suministrar cada recurso y los costos de soporte asociados con la atención, como TI y administración. Luego, el costo de cuidar una afección se puede comparar con los resultados obtenidos¹³.

Este ejercicio permite establecer un mapeo total de los procesos necesarios para atender un paciente paralelo a los gastos incurridos en cada paso/actividad, identificando de esta manera posibles ineficiencias y, por ende, oportunidades para la redistribución de recursos y la reducción de gastos innecesarios ²⁴.

1.2.1.3 Pago por paquetes integrales de atención. La cadena de valor debe centrarse en pagos por paquetes integrales de atención o también llamados pagos agrupados, en los que se calcule el costo total de un resultado en salud. El cambio en el modelo de pago por volumen, donde sólo el volumen de servicios a bajo costo es tenido en cuenta, a uno basado en valor permitirá una reforma en el pago. Recompensará el valor al proporcionar un pago combinado que cubra el ciclo completo de atención, cubriendo períodos de meses a 1 año, o más, según la afección tratada²⁵.

Existen además de los pagos por volumen, los llamados pagos por capitación, los cuales son bastante utilizados en sistemas de distribución unificada de recursos y, si bien representan una transición entre el pago por evento y los pagos combinados, fallan en garantizar una atención completa y de calidad para el paciente²⁵.

Estos pagos por paquete propuestos deben ir alineados con modificaciones a los esquemas de pago, hacia un pago por resultados obtenidos e incentivos que permitan una orientación de la organización hacia una cultura de valor²⁶.

Hacer un esfuerzo por replantear los modelos actuales de pago, dirigiéndose hacia aquellos que fomenten la generación de resultados superiores en salud, puede proveer mayores garantías para prestadores y usuarios y en el largo plazo, reducir costos innecesarios para el sistema²⁶.

1.2.1.4 Redes Integradas de Prestación de Servicios. La atención en valor debe evitar la duplicación de recursos a través de la conformación de Redes Integradas. Éstas deberían construirse a través de la redefinición del alcance de los servicios para cada organización prestadora, la concentración del volumen en menos ubicaciones, la ubicación correcta para cada línea de servicio y la integración de atención para los pacientes en todas las ubicaciones, de manera de mejorar la aplicación de guías clínicas estandarizadas, protocolos, listas de chequeo y procesos de verificación de la calidad²². Un punto de partida para la integración de sistemas consiste en:

- Determinar el alcance general de los servicios que un proveedor puede brindar de manera efectiva y reducir o eliminar las líneas de servicio donde no pueden alcanzar de manera realista un alto valor.
- Concentrar la atención de cada una de las afecciones que tratan en menos lugares. El volumen importa en la creación de valor. Cuanto más se trate una enfermedad y más se aprenda, mejor será su tratamiento y se creará más valor para el paciente. Los proveedores con experiencia significativa en el tratamiento de una afección determinada, obtienen mejores resultados y los costos también mejoran. La concentración del volumen es esencial para que se formen unidades de práctica integradas y se mejoren los resultados ²².
- Prestar servicios particulares en las ubicaciones en las que el valor es más alto. Las condiciones menos complejas y los servicios de rutina deben trasladarse de los hospitales universitarios a instalaciones de menor costo. Es importante combinar la complejidad y las habilidades necesarias en la ubicación correcta. Eso optimizará los costos y la productividad ²².
- Integrar la atención de pacientes individuales en todas las ubicaciones. En la medida que los proveedores distribuyan los diferentes servicios del ciclo de atención en distintas ubicaciones, es fundamental vincular la atención del paciente, para mejorar la experiencia en cada uno de los sitios. El valor para el paciente proviene del efecto de todo el conjunto de actividades y no solo de una sola experiencia²².

1.2.1.5 Expansión geográfica. La prestación de atención médica sigue siendo principalmente local e incluso los centros médicos académicos prestan servicios principalmente en sus áreas geográficas inmediatas. Sin embargo, para que el valor se incremente sustancialmente a gran escala, los proveedores para condiciones médicas particulares, deben atender a muchos más

pacientes y extender su alcance a través de la expansión estratégica de sus UPI. La expansión geográfica adopta dos formas principales.

El primero es un modelo de cubo y radios. Para cada UPI, las instalaciones satélites se establecen y cuentan al menos en parte con médicos y otro personal empleado por la organización matriz. En los modelos más efectivos, algunos médicos rotan entre ubicaciones, lo que ayuda a los miembros del personal de todas las instalaciones a sentirse parte del equipo. A medida que la expansión se traslada a una región completamente nueva, se construye o adquiere un nuevo centro de la UPI.

Los pacientes a menudo obtienen su evaluación inicial y el desarrollo de un plan de tratamiento en el centro, pero parte o mucha de la atención se lleva a cabo en ubicaciones más convenientes y rentables. Los satélites brindan una atención menos complicada y los casos complejos se remiten al centro. Si se producen complicaciones, cuya gestión eficaz está más allá de la capacidad de la instalación satélite, la atención del paciente se transfiere al centro. El resultado neto es un aumento sustancial en el número de pacientes que puede atender una UPI de excelencia. Este modelo es cada vez más común entre los principales centros oncológicos.

El segundo modelo de expansión geográfica emergente es la afiliación clínica, en la que una UPI se asocia con proveedores comunitarios u otras organizaciones locales, utilizando sus instalaciones en lugar de agregar capacidad. La UPI proporciona supervisión administrativa para la atención clínica, y algunos miembros del personal clínico que trabajan en la filial, pueden ser empleados por la UPI matriz.

Las afiliadas locales se benefician de los conocimientos, la experiencia y la reputación de la UPI matriz, beneficios que a menudo mejoran su participación en el mercado local. La UPI amplía su alcance y marca regional, y se beneficia de los honorarios de gestión, ingresos compartidos o ingresos de empresas conjuntas y derivaciones de casos complejos²⁷.

1.2.1.6 Sistema de información y tecnología. Los cinco componentes anteriores de la agenda del valor están apalancados por un sexto fundamental, que es una plataforma de tecnología de la información de apoyo. Históricamente, los sistemas de TI para el cuidado de la salud se han aislado por departamento, ubicación, tipo de servicio y tipo de datos (por ejemplo, imágenes, costos, etc.). Un sistema adecuado de TI puede ayudar a los integrantes de una UPI a trabajar integrados, permitiendo la recolección, el análisis, el seguimiento de los datos y la toma de decisiones y reajuste de procesos de todo el ciclo de atención²⁸.

Los sistemas de información permiten caracterizar a la población y establecer sus necesidades, coordinar la provisión de servicios de salud, en la medida en que todos los profesionales de un equipo pueden estar informados y detectar insuficiencias dentro del sistema que requieran mayor atención²⁸.

De este modo, se eliminan algunas de las limitaciones que enfrentan a diario prestadores y usuarios cuando el paciente no logra informar con precisión durante la consulta, las recomendaciones dadas por otro profesional o los resultados de sus exámenes diagnósticos²⁸.

Una plataforma de TI que mejora el valor tiene seis elementos esenciales ²⁸.

1. Está centrado en los pacientes. El sistema sigue a los pacientes en todos los servicios, sitios y tiempo durante todo el ciclo de atención, incluida la hospitalización, las visitas ambulatorias, las pruebas, la fisioterapia y otras intervenciones. Los datos se agrupan en torno a los pacientes, no a los departamentos, unidades o ubicaciones.
2. Utiliza definiciones de datos comunes. Los campos de terminología y datos relacionados con diagnósticos, valores de laboratorio, tratamientos y otros aspectos de la atención están estandarizados para que todos hablen el mismo idioma, lo que permite que los datos se entiendan, intercambien y consulten en todo el sistema.
3. Abarca todo tipo de datos de pacientes. Las notas del médico, las imágenes, las órdenes de quimioterapia, las pruebas de laboratorio y otros datos se almacenan en un solo lugar para que todos los que participan en la atención de un paciente tengan una vista completa.
4. El historial médico es accesible para todas las partes involucradas en la atención. Eso incluye a todos los actores del proceso de atención y a los propios pacientes. A medida que diferentes tipos de agentes de salud se convierten en verdaderos miembros del equipo, trabajando juntos en las UPI, el intercambio de información debe convertirse en una rutina. Los pacientes deben poder proporcionar un conjunto de información y deben poder acceder en forma centralizada a la programación de citas, reabastecimiento de recetas y comunicación efectiva con los médicos. Debería, además, facilitar la encuesta a los pacientes sobre ciertos tipos de información relevante para su atención, como su estado funcional y sus niveles de dolor.

5. El sistema debe incluir plantillas y sistemas expertos para cada condición médica. Las plantillas hacen que sea más fácil y eficiente para los equipos de la UPI ingresar y encontrar datos, ejecutar procedimientos, usar conjuntos de órdenes estándar y medir resultados y costos. Los sistemas de IA ayudan a los médicos a identificar los pasos necesarios (por ejemplo, el seguimiento de una prueba anormal) y los posibles riesgos (interacciones medicamentosas que pueden pasarse por alto si los datos simplemente se registran en texto libre, por ejemplo).
6. La arquitectura del sistema facilita la extracción de información. En los sistemas que mejoran el valor, los datos necesarios para medir los resultados, realizar un seguimiento de los costos centrados en el paciente y controlar los factores de riesgo del paciente, se pueden extraer fácilmente mediante el procesamiento del lenguaje natural.

Es importante lograr introducir permanentemente soluciones al sistema, que disminuyan drásticamente los niveles de complejidad, para lograr los objetivos y resultados específicos, a través de la simplificación de procesos o la propuesta de nuevas soluciones alternativas mucho más efectivas, convenientes y accesibles²⁹.

1.2.2 Unidad de práctica integrada (UPI)

El primer principio en la estructuración de cualquier organización o negocio es organizarse en torno al cliente y la necesidad. En el cuidado de la salud, eso requiere un cambio de la actual organización aislada por departamentos y especialidades. En una Unidad de práctica integrada (UPI), un equipo dedicado compuesto por personal clínico y no clínico proporciona el ciclo de atención completo para la afección del paciente e incluye servicios ambulatorios, hospitalarios, de rehabilitación y de apoyo, como nutrición, trabajo social y otros³⁰.

Las UPI se definen como "estructuras organizadas alrededor del paciente, que brindan el ciclo completo de atención para una afección médica, incluida la educación, la participación y el seguimiento del paciente, y abarcan la atención hospitalaria, ambulatoria y de rehabilitación, así como servicios de apoyo"³⁰.

Una UPI se organiza en torno a una afección médica o un conjunto de afecciones estrechamente relacionadas o en torno a segmentos definidos de pacientes en el caso de atención primaria. Las UPIs tratan no solo una enfermedad, sino también las afecciones, complicaciones y

circunstancias relacionadas, que comúnmente ocurren junto con ella, como por ejemplo la afectación renal u ocular en pacientes con diabetes o los cuidados paliativos para aquellos pacientes con cáncer avanzado³⁰.

La atención es brindada por un equipo multidisciplinario y dedicado de médicos que dedican una parte significativa de su tiempo a la afección médica. Los proveedores se ven a sí mismos como parte de una unidad organizativa común. El equipo asume la responsabilidad del ciclo completo de atención de la afección. Las UPI no solo brindan tratamiento, sino que también asumen la responsabilidad de involucrar a los pacientes y sus familias en la atención, por ejemplo, brindando educación y asesoramiento, alentando el cumplimiento de los protocolos de tratamiento y prevención y respaldando los cambios de comportamiento necesarios, como dejar de fumar o perder peso³⁰.

La unidad tiene una estructura administrativa y de programación única. En gran medida, la atención se comparte en instalaciones específicas para facilitar la comunicación, pero trabajan en equipo incluso si se encuentran en diferentes ubicaciones. Un líder del equipo médico o un administrador de atención clínica (o ambos) supervisan el proceso de atención de cada paciente. El equipo mide los resultados, los costos y los procesos de cada paciente mediante una plataforma de medición común³⁰.

Los proveedores del equipo se reúnen de manera formal e informal, regularmente para discutir los pacientes, los procesos y los resultados. Se acepta la responsabilidad conjunta por los resultados y los costos y el objetivo común es maximizar los resultados generales del paciente, de la manera más eficiente posible. Son expertos en la enfermedad, se conocen y confían entre sí, y se coordinan fácilmente para minimizar la pérdida de tiempo y recursos³⁰.

La experiencia es un punto clave para la creación de valor. Se necesita volumen para lograr mejores resultados y mejorar el valor para los pacientes. La UPI desarrolla una atención más accesible, con mejores resultados, menos costos y mejora la participación de mercado de la enfermedad, aumentando el volumen y estableciendo un círculo virtuoso³⁰.

En la atención primaria, existe actualmente una estructura organizativa común para el tratamiento de una amplia gama de pacientes, desde adultos sanos hasta ancianos frágiles. La complejidad de satisfacer las necesidades heterogéneas ha hecho difícil incrementar el valor en la atención primaria y casi imposible medir resultados³¹.

En el modelo basado en el valor, las UPI de atención primaria, son equipos multidisciplinarios organizados para atender a grupos de pacientes con necesidades de atención primaria y

preventiva similares, por ejemplo, pacientes con enfermedades crónicas complejas como diabetes o ancianos discapacitados³¹.

Los diferentes grupos de pacientes requieren diferentes equipos, diferentes tipos de servicios e incluso diferentes ubicaciones de atención. También requieren servicios para abordar el papel crucial del cambio de estilo de vida y la atención preventiva en los resultados y costos, y esos servicios deben adaptarse a las circunstancias generales de los pacientes³¹.

1.3 Fuerzas que impulsan el cambio hacia la situación deseada

1.3.1 Pacientes

La VBHC se refiere a la atención médica que se centra en el paciente, sus necesidades y los resultados que son importantes para él (calidad de vida, estado de salud relacionados con enfermedades o tratamientos), así como los resultados relacionados con la experiencia y la atención. Es decir, una atención de calidad a escala técnica, clínica y humana, que garantice los mejores resultados clínicos, y en la que la toma de decisiones se base en la eficacia, efectividad, eficiencia y datos e información objetivos, que hayan demostrado valor añadido y permitan una decisión compartida.

Los pacientes y sus familias, aspiran a ser tratados de manera diferente según sus preferencias. Incorporar al paciente en la gestión de su cuidado y alinear la atención con sus propias expectativas de resultados, hará que la atención médica sea más efectiva y sostenible. La participación activa de los pacientes permitirá la identificación de necesidades, la creación de nuevos servicios clínicos, la toma de decisiones compartidas y la creación de agendas de investigación.

El modelo pretende que los pacientes gasten menos dinero para lograr una mejor salud. El manejo de una enfermedad crónica como el cáncer, la diabetes, la hipertensión arterial, la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) u obesidad puede resultar costoso y requerir mucho tiempo para los pacientes. Los modelos de atención basados en el valor, se centran en visitas al médico, pruebas médicas, procedimientos y tratamientos más centrados en decisiones compartidas con el paciente y más eficientemente organizados.

1.3.2 Mercado

Aquellos proveedores que aumenten el valor serán los más competitivos. A medida que mejoren los resultados de las UPI, también mejorará la reputación de la organización y, por lo tanto, su volumen de pacientes. Con las herramientas para administrar y reducir los costos, los proveedores podrán mantener la viabilidad económica, incluso cuando los pagos se estabilicen y eventualmente disminuyan.

Los proveedores que concentren el volumen impulsarán un círculo virtuoso, en el que los equipos con más experiencia y mejores datos, mejoren el valor más rápidamente, atrayendo aún más volumen. Se buscarán UPI de excelencia como socios de elección, lo que les permitirá expandirse en sus regiones locales y más allá.

Aquellas organizaciones, grandes y pequeñas, comunitarias y académicas, que puedan dominar la agenda de valor y cuyas reputaciones se basen en resultados reales y no en la percepción, podrán mantener y aumentar la participación del mercado y la viabilidad financiera del negocio.

1.3.3 Financiadores

En la actualidad, los financiadores del sistema de salud tienen una información concreta sobre el tipo y costo de las prestaciones médicas que reciben sus afiliados (a veces esta información resulta difícil de recopilar porque la misma prestación puede denominarse de varias formas), pero en general no tienen información de los resultados en términos de salud, que lograron dichas prestaciones.

En general, las organizaciones financiadoras de salud, ya sean públicas o privadas, ignoran de qué se enferman sus afiliados, y desconocen los resultados importantes para los pacientes, que se obtuvieron. No se sabe, si el uso de recursos es adecuado, o cuales prestadores lograron los mejores resultados, para concentrar en ellos la atención de aquellas patologías en las que obtuvieron el mejor desempeño.

Para el financiador de un sistema de salud, el objetivo que impulsa toda toma de decisiones es brindar una atención de calidad, eficaz y sostenible. Para ser sostenible es fundamental medir, evaluar, priorizar y así incentivar la innovación y la competencia, para identificar aquellas prácticas que pueden ser escalables. La evaluación de resultados valiosos, debe efectuarse a lo largo de todo el proceso de atención y es fundamental para la toma de decisiones estratégicas.

1.4 Fuerzas que resisten el cambio hacia la situación deseada

1.4.1 Médicos y personal de salud

Es fundamental el compromiso de los profesionales de la salud para crear valor en la atención médica. Fomentar una cultura de valor que incluya a todos los actores implicados en la salud y que transmita conceptos de valor éticos, técnicos, sociales, participativos y sostenibles, es inviable sin el esfuerzo de los médicos. Esta cultura de valor debe permitir un entendimiento mutuo entre el profesional, el paciente y el entorno y favorecer un trato más personalizado. Invariablemente, este cambio virtuoso conducirá a la satisfacción laboral de los profesionales y sus equipos.

La economía de la atención médica está cambiando. La capacidad de los financiadores para aumentar el pago por servicio viene sostenidamente disminuyendo. Los ingresos de los médicos se han mantenido estáticos durante la última década, y los médicos saben que el simple hecho de trabajar más duro, más rápido o por más tiempo no puede compensar sus gastos en constante aumento.

No obstante, los pagos actuales se basan en el volumen y no en el valor. En nuestro país casi no existen las bonificaciones por desempeño. De hecho, los esquemas de pago actuales, recompensan al personal de salud por prestar servicios en un entorno hospitalario, ofreciendo pagos aún más altos, si el hospital es un centro médico urbano o académico.

Hasta tanto progresen y se instalen los modelos de pago combinado, una parte significativa del personal de salud verá amenazado su volumen de pacientes y su ingreso, en el contexto del cambio de paradigma hacia el valor.

1.4.2 Líderes

Implementar la agenda de valor no es un esfuerzo de una sola vez, es un compromiso indefinido. Es un viaje en el que se embarcan los proveedores, comenzando con la adopción del objetivo de valor, una cultura del paciente/cliente primero y la expectativa de una mejora constante y medible después. El viaje requiere un liderazgo fuerte, así como un compromiso para implementar los seis componentes de la agenda de valor (ver página 15)¹⁸.

Los proveedores deben ocupar un lugar central. Sus juntas directivas y equipos de liderazgo senior, deben tener la visión y el coraje para comprometerse con la agenda de valor y la

disciplina para progresar a través de la resistencia inevitable y las interrupciones que inevitablemente resultarán. Los líderes médicos deben priorizar las necesidades y el valor del paciente, sobre el deseo de mantener su autonomía tradicional y sus patrones de práctica.

A medida que los líderes médicos tracen un mapa de los procesos involucrados en el cuidado de los pacientes, se podrá implementar la creación de unidades de práctica integrada de las enfermedades más prevalentes y la medición de los resultados y los costos.

1.4.3 Organización/Cultura

Es fundamental el establecimiento de una cultura de la mejora continua dentro de la organización, para que los proveedores estén dispuestos a adoptar VBHC. En la práctica, la comunicación y coordinación entre diferentes niveles de atención y diferentes proveedores puede ser muy difícil de organizar.

En general, la intención de lograr una mejor atención está presente en diferentes formas, en todos los niveles del sistema de atención médica actual. Enfermeras, médicos y cualquier persona que trabaje en hospitales o centros de salud, posee la motivación para crear más valor para los pacientes. Es parte de la idiosincrasia de las personas que se sienten atraídas por ejercer esta actividad.

Sin embargo, diseñar nuevos sistemas de atención, crear nuevas medidas de costos o incluso sistemas de TI o reestructurar formas de pago, no está en principio en la motivación del personal de salud. De hecho, en las organizaciones muy pocos médicos conocen los costos de los tratamientos que seleccionan y la mayoría no se sienten cómodos hablando de dinero con los pacientes.

La mayoría de los hospitales universitarios están preparados para tratar los diagnósticos más complicados y costosos, en general con las terapias más avanzadas. Esto puede aumentar significativamente los costos e ineficiencias evitables, en especial cuando se brinda atención a poblaciones que requieren más cuidado que intervenciones. Los sistemas académicos deben estandarizar y coordinar la atención en todo el continuo y desarrollar iniciativas específicas que aborden las necesidades de las poblaciones con múltiples patologías crónicas. Una cultura de atención no estandarizada, desperdicia recursos en servicios innecesarios.

1.4.4 Proveedores

Los proveedores se benefician de la atención médica basada en el valor, al alinear sus productos y servicios con resultados positivos para los pacientes, en una forma más eficiente. No obstante, las organizaciones de atención médica nunca se han puesto a mejorar los resultados, su enfoque central ha sido y es aumentar los volúmenes y mantener los márgenes. Los enfoques de entrega y las estructuras de pago heredados, que se han mantenido prácticamente sin cambios durante décadas, mantienen un sistema con una calidad errática y costos insostenibles.

Todavía, específicamente antes de la Pandemia, la mayoría de los hospitales y grupos de médicos mantenían márgenes positivos, por lo cual no se consideraba evaluar un marco estratégico innovador. En este momento, de mayor incertidumbre en cuanto a márgenes, es mucho más complejo y riesgoso para las organizaciones de salud, iniciar un cambio. La realidad es que, con menores ingresos y una posible pérdida de participación de mercado, si cobran precios más altos, deben indudablemente mejorar el valor y poder demostrarlo y comunicarlo.

Para los proveedores no se trata solo de reformular la forma en que se brinda la atención médica, sino mucho más desafiante, la forma en que se cobra este nuevo servicio. El cambio a un sistema de pagos combinados, podría generar una exposición financiera, si la heterogeneidad de los pacientes o la falta de datos precisos sobre los costos, provocaran pagos insuficientes. Lamentablemente, solo la evidencia sobre la marcha, permitirá superar este riesgo.

1.4.5 Modelo de pago

Ninguno de los modelos de pago dominantes en la atención médica, pago por servicio y capitación global, recompensa directamente la mejora del valor de la atención. En el pago por servicio, los proveedores son recompensados por aumentar el volumen, pero eso no necesariamente aumenta el valor.

La capitación global, un pago único para cubrir todas las necesidades de un paciente, recompensa a los proveedores por gastar menos, pero no específicamente por mejorar los resultados o el valor.

Existen enormes oportunidades para mejorar el valor a medida que los proveedores integran sistemas para eliminar la fragmentación y la duplicación de la atención, y optimizar los tipos de atención brindados en cada ubicación.

1.4.6 Tipo de tecnología de la información

Para brindar atención basada en el valor en diferentes entornos y proveedores, se necesita una mejor tecnología de la información (TI). Los sistemas de TI estructurados en silos, hacen que la medición de costos y resultados sea prácticamente imposible, lo que obstaculiza en gran medida los esfuerzos de mejora de valor. Para establecer una comunicación clara y coherente, es importante permitir el intercambio de datos entre los actores, de modo que estén disponibles en el momento necesario.

En nuestro país, los proveedores tienen sus propios sistemas de TI, lo que dificulta la colaboración y la interoperabilidad. Los equipos clínicos tienen poco o ningún acceso a los registros electrónicos de los demás y, en general, se comunican a través de medios tradicionales, lo que retrasa el intercambio de información.

Los sistemas de TI deben configurarse para respaldar el flujo de información de acuerdo con las vías de atención. Los pacientes se mueven con mayor frecuencia a través de la atención primaria y especializada, y los diferentes sistemas de TI deben, ante todo, seguir a los pacientes, no al revés.

1.4.7 Políticas de salud

Un factor clave para la implementación de VBHC, es la participación del gobierno en la organización de la atención. Es demasiado complejo para los proveedores realizar por sí mismos una reconversión del sistema de atención. Los proveedores con visión de futuro, necesitan contar con el apoyo activo del gobierno, lo que podría facilitar las regulaciones, proporcionar financiación inicial y recompensar la atención de alto valor.

Capítulo 2. Análisis sensible al conflicto en la implementación de Unidad de Práctica Integrada para pacientes con DBT tipo 2

2.1 Introducción

Uno de los principios más importantes propuestos por el modelo de atención sanitaria basada en el valor, es la creación de equipos especializados que puedan ofrecer tratamientos integrales, coordinados, y con un alto nivel de comunicación e interacción, para pacientes con condiciones específicas de salud.

La creación de estos equipos resulta ser bastante favorable en la medida que permiten atender pacientes de alto riesgo de manera temprana y reducir las cargas adicionales para los usuarios, que dejan de deambular en el sistema hasta que logran auto-coordinar citas y procedimientos.

La posibilidad real de coordinar exitosamente en la práctica estos equipos y lograr una verdadera interacción entre los profesionales que lo componen, requiere considerar aspectos conflictivos que van desde el cambio en el modelo de atención para el paciente, el cambio en la concepción de atención individual por parte del profesional a una atención grupal, hasta el cambio en la remuneración tradicional por volumen a una remuneración por programas o paquetes integrales de atención, entre muchos otros ³¹⁻³⁴.

Basado en la guía para la programación e implementación de la conservación sensible al conflicto del International Institute for Sustainable Development (IIDS)³⁵, se desarrolla un análisis que examina las causas, actores e impactos de potenciales conflictos, en el contexto de la implementación de una unidad de práctica integrada, para pacientes con DBT tipo 2 en un Hospital de comunidad.

El análisis se desarrolla en el contexto de un taller de análisis de conflictos, donde se pueda recopilar y analizar gran parte de la información necesaria para sensibilizar el cambio al conflicto. La participación en el taller es fundamental para garantizar, que el análisis sea realista y lo más representativo posible. El número de participantes dependerá de los recursos disponibles y de la complejidad de los conflictos que se estudien.

2.2 Resumen del análisis de conflictos

2.2.1. Identificación de los conflictos que afectan el área objetivo

Se identificaron tres categorías de conflictos, específicamente los relacionados a los pacientes, a la institución y a los financiadores. Dentro de la institución se identificaron cinco categorías

diferentes (médicos, líderes médicos, I&T, cultura de la organización y administradores). Se identificaron los siguientes conflictos: cambio en el modelo de atención, cambio en los patrones de práctica, disminución en el volumen de las consultas y en el ingreso de los médicos, cambio en la autonomía tradicional y organizacional de los líderes médicos, renuencia al cambio del sistema de I&T, implementación de cambio de procesos, incertidumbre financiera, cambios en el modelo de pago.

Tabla 2.2.1 Categoría de conflictos. Fuente: elaboración propia.

Categoría del Conflicto		Conflictos Específicos
Pacientes		Cambio en el modelo de atención
Institución	Médicos	Cambio en los patrones de práctica Disminución en el volumen de las consultas y en el ingreso
	Líderes médicos	Cambio en su autonomía tradicional Cambio organizacional
	Tecnología de la Información	Renuencias al cambio en el sistema
	Cultura de la Organización	Implementación de procesos de cambio
	Administradores	Incertidumbre financiera
Financiadores		Cambio en el modelo de pago

2.2.1.1 Cambio en el modelo de atención para el paciente

En el planteamiento de cómo deben ser los servicios de salud, las expectativas de los pacientes reciben cada vez una atención mayor. Las preferencias, prioridades y experiencias de los pacientes son marcadores importantes que ayudan a los pacientes y a los médicos en el proceso compartido de toma de decisiones.

El modelo adscribe a un cambio en la forma de atención que, aunque probablemente sea beneficioso para los pacientes, implica nuevas formas de comportamiento por parte de todos los actores. Es fundamental construir el modelo a partir del feedback de los pacientes.

Impactos

1. Cambio en el modelo habitual de atención
2. Cambio en sus médicos habituales
3. Quejas al modelo hasta lograr la superación

2.2.1.2 Cambio en los patrones de atención para los médicos

Los médicos son fundamentales en el desarrollo de una unidad de práctica integrada, ya que tienen conocimiento sobre las necesidades médicas de los pacientes, los tratamientos disponibles, los recursos necesarios para la atención del paciente y los avances en la atención médica.

No obstante, la prioridad del médico es ser clínico en lugar de gerente y líder. Los médicos no están educados para la prestación de una atención médica integral, en estrategias de gestión y en el liderazgo. Tampoco están habituados a una mayor colaboración con otras especialidades, ni incluso con otros agentes de salud como enfermeros, asistentes sociales, kinesiólogos, etc. De hecho, las enfermeras/os particularmente, son un eslabón importante en la cadena de atención médica y son capaces de funcionar como gestores de casos y de coordinar la atención integral de los pacientes, tanto en la atención primaria como secundaria. Es fundamental entonces, que los médicos conozcan y gestionen las contribuciones de otros agentes de salud, así como la forma en que las diferentes especialidades se complementan entre sí.

Eventualmente, no todos los médicos pueden ser líderes o gerentes y quizás algunos deberían centrarse principalmente en la atención al paciente, mientras que otros deberían centrarse más en las tareas de liderazgo y gestión además de la atención al paciente.

Impactos

1. Pérdida de pacientes
2. Pérdida de autoridad/protagonismo
3. Falta de adherencia al nuevo modelo
4. Adherencia, pero poca colaboración

2.2.1.3 Disminución en el volumen de las consultas y en el ingreso

El cambio del modelo de atención y el desarrollo de una unidad de práctica integrada puede generar temor sobre la estabilidad y sostenibilidad de los ingresos, cuando se ajustan a un sistema de pago combinados en lugar del tradicional pago por volumen.

Impactos

1. Cambios en la forma de gestionar el tiempo de atención
2. Dificultad para volver al modelo previo
3. Eventual disminución del ingreso
4. Falta de adherencia al nuevo modelo

2.2.1.4 Cambio en la autonomía tradicional de los líderes médicos

Una estructura jerárquica, donde solo el líder está a la cabeza, puede resultar una limitante para el cambio organizacional requerido. El desarrollo de unidades de práctica integrada requiere una visión más amplia basada en la colaboración, las interrelaciones entre los servicios y departamentos y la alineación de los intereses departamentales con los intereses del hospital.

El equipo como líder, puede vincularse a modelos sobre liderazgo compartido que empoderan al personal del equipo en el proceso de toma de decisiones. Además, un equipo eficaz y eficiente requiere competencia colectiva. Una competencia individual por sí sola, que es el enfoque en la atención médica actual, es insuficiente para mejorar la calidad de la prestación integral e impide un cambio significativo en el desarrollo y la performance de los equipos de atención médica.

Impactos

1. Líder no involucrado
2. Líder que rechaza el modelo
3. Líder a la defensiva
4. Servicio no involucrado
5. Ausencia de apoyo al cambio, por parte del líder
6. Ausencia de apoyo al cambio, por parte del Servicio

2.2.1.5 Cambio organizacional para los líderes médicos

La gestión de un departamento ya es una tarea compleja y de tiempo completo que incluye además la atención al paciente. El proceso de desarrollo e implementación de una unidad de práctica integrada exitosa, puede ser un proceso largo y complejo que involucre a varios líderes que se suceden. Es fundamental tener un liderazgo confiable que impulse el cambio.

Impactos

1. Líder que fracase en su tarea habitual
2. Líder enfrentado al resto del sistema
3. Ausencia de apoyo al cambio, por parte del líder
4. Ausencia de apoyo al cambio, por parte del Servicio

2.2.1.6 Cambio en los sistemas de Tecnología de la información

En un modelo de atención basado en valor y en la gestión de una unidad de práctica integrada es fundamental acceder, administrar, analizar y compartir una impresionante cantidad de datos sobre la atención médica, sus resultados y sus costos. La interoperabilidad en lo que respecta a datos médicos y de costos, requiere sistemas y soluciones avanzadas y vastos recursos para obtenerlos. Es un desafío para los departamentos tecnológicos, alcanzar los estándares, en un contexto de escasez de recursos.

Impactos

1. Departamento tecnológico saturado
2. Ausencia de apoyo al cambio, por parte del departamento tecnológico

2.2.1.7 Implementación de un cambio organizacional

La creación y el despliegue de unidades de prácticas integradas no solo requiere del esfuerzo aunado de quienes la componen y la gestionan, sino además del apoyo de la organización para desarrollar los cambios organizacionales, que se requieren para implementarla. Es fundamental una cultura organizacional de innovación, la presencia de líderes comprometidos con el cambio y el apoyo presupuestario.

Impactos

1. Líder de la organización que pierda la apuesta
2. Ausencia de apoyo al cambio, por parte de la organización
3. Falta de recursos

2.2.1.8 Incertidumbre financiera para los administradores

Para los proveedores, la reforma de pagos puede ser una propuesta costosa por varias razones. Primero, los proveedores deben tener la infraestructura para recopilar y analizar datos de registros médicos electrónicos. No solamente es necesario disponer de los datos, sino además tener el personal adecuado para analizarlos.

Después de analizar los datos, los proveedores deben poder reaccionar ante ellos y comprender los procesos de mejora necesarios, para incrementar la calidad y la eficiencia. Este requerimiento de infraestructura y recursos, puede ser difícil de alcanzar para los proveedores pequeños, en especial en la coyuntura actual, con márgenes operativos muy pequeños o nulos.

En segundo lugar, la reforma de pagos requiere que el proveedor pueda, en algunas circunstancias, aceptar una cierta cantidad de riesgo financiero y es frecuente que no disponga de suficientes activos financieros para asumirlo. Los grandes proveedores están mejor posicionados para afrontar contingencias financieras.

Impactos

1. Falta de apoyo por parte de administradores
2. Riego mayor asumido por los médicos y otros agentes de salud
3. Fracaso a corto plazo del modelo

2.2.1.9 Cambio en el modelo de pago para los financiadores

El pago por servicio, el método predominante de pago de la atención médica, es un método de pago insostenible que recompensa el volumen, lo que resulta en un aumento en la cantidad de servicios de atención médica que se brindan, independientemente del resultado del servicio. La reforma en el tipo de remuneración no es un fin en sí misma, sino un medio para alentar cambios fundamentales en la prestación de servicios de salud.

Los financiadores deben trabajar junto a los proveedores para cambiar el modelo de pago, virando del modelo de pago por servicio al de pago combinado. Los pagos combinados pueden ser complicados de diseñar, negociar e implementar. Algunos de los argumentos que sostienen la complejidad, se refieren a la dificultad en definir el alcance de una afección y el ciclo de atención, la dificultad en obtener datos sobre resultados y costos necesarios para fijar precios,

la dificultad para evaluar y establecer las diferencias de riesgo entre los pacientes con una misma afección, entre otros. Impacto

1. Disminución en el ingreso de médicos y otros agentes de salud
2. Ausencia de apoyo al modelo
3. Apoyo parcial al modelo hasta ver los resultados

2.2.2 Priorización de los conflictos identificados

Se priorizaron los conflictos de acuerdo a como impactaban en las personas y en el proyecto, según la gravedad de sus impactos y según la viabilidad de abordar eficazmente el conflicto.

2.2.2.1 Definir criterios de priorización

Tabla 2.2.2.1 Impacto del conflicto en las personas y en el proyecto.

Fuente:elaboración propia.

Categoría del impacto	Definición	Ejemplos
Personas	El cambio infligido a las personas como consecuencia del proyecto	Paciente puede perder su modo habitual de atención
		Paciente puede perder a sus médicos habituales
		El médico puede perder a parte de sus pacientes
		El médico puede perder autoridad/protagonismo
		El médico pierde la configuración de su agenda
		El médico puede no poder volver al modelo previo
		El médico puede ver disminuidos sus ingresos
		El médico puede tener que asumir riesgos
		Los líderes médicos pueden perder autoridad/protagonismo
		Los líderes médicos pueden perder si el modelo fracasa
		Los líderes médicos pueden perder apoyo de sus servicios
		Los líderes médicos pueden tener que asumir riesgos
		Demanda al departamento tecnológico
		El líder de la organización puede perder si el cambio fracasa
Proyecto	Los efectos directos e indirectos del conflicto sobre el proyecto	Paciente se queja por el cambio
		El médico no adhiere al cambio
		El médico adhiere, pero no colabora
		Los líderes médicos no adhieren al cambio
		Los líderes médicos adhieren, pero no colaboran
		Los servicios no adhieren al cambio
		Los servicios adhieren, pero no colaboran
		Ausencia de apoyo del Departamento de I&T
		Ausencia de apoyo de Líder de la organización
		Ausencia de apoyo de la Administración
		Falta de recursos
		Ausencia de apoyo en el cambio del modelo de pago por parte de los financiadores
		Apoyo parcial al modelo por parte de los financiadores, hasta ver los resultados

2.2.2.2 Clasificar los conflictos identificados según la gravedad de sus impactos

Tabla 2.2.2.2 Matriz de Impactos. Conflictos de alta, media y baja prioridad.

Fuente: elaboración propia.

Impactos en el proyecto	Impactos en las personas				
		Alta	Mediana	baja	Ninguna
Alta		<ul style="list-style-type: none"> • Cambio en el modelo de pago por parte de los financiadores • Incertidumbre financiera para los administradores 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de un cambio organizacional • Cambio en la autonomía tradicional de los líderes médicos • Cambio en los sistemas de Tecnología de la información 		
Mediana		<ul style="list-style-type: none"> • Cambio en los patrones de atención para los médicos • Disminución en el volumen de las consultas y en el ingreso 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio en el modelo de atención para el paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio organizacional para los líderes médicos 	
Baja					
Ninguna					

2.2.2.3 Evaluar la viabilidad de abordar eficazmente el conflicto y seleccionar los conflictos en los que centrarse

Se seleccionaron siete conflictos en base a la gravedad de su impacto en las personas y en el proyecto y en la posibilidad de que la organización pueda abordarlos eficazmente a través de un proceso de cambio sensible al conflicto.

Tabla 2.2.2.3 Selección de conflictos priorizados en función a impacto y viabilidad.

Fuente: elaboración propia.

Conflicto priorizado	Impacto	factibilidad	Notas
Cambio en el modelo de pago por parte de los financiadores	Alto	mediana	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño complejo • Negociación con proveedores • Alcance de riesgo a asumir
Implementación de un cambio organizacional	Alto	Alta	<ul style="list-style-type: none"> • Conciencia de la necesidad del cambio • líderes comprometidos
Cambio en la autonomía tradicional de los líderes médicos	Alto	Mediana	<ul style="list-style-type: none"> • Viraje a liderazgo colaborativo • Educación • Reemplazo
Cambio en los sistemas de Tecnología de la información	Alto	Mediana	<ul style="list-style-type: none"> • Interoperabilidad • Recursos
Cambio en los patrones de atención para los médicos	Alto	Alta	<ul style="list-style-type: none"> • Conciencia de la necesidad del cambio • líderes comprometidos • Educación • Reemplazos
Disminución en el volumen de las consultas y en el ingreso	Alto	Mediana	<ul style="list-style-type: none"> • Conciencia de la necesidad del cambio • Cambio en el sistema de pago
Cambio en el modelo de atención para el paciente	Mediana	Alta	<ul style="list-style-type: none"> • Feedbak • Información • Educación

2.2.3 Analizar los conflictos seleccionados

Se analizó a través de un árbol de conflicto, mapa de conflicto y un perfil de las partes interesadas, las causas y efectos de cada uno de los conflictos, las relaciones entre las partes interesadas y los intereses, necesidades y capacidades reales de cada uno de los actores principales, respectivamente.

2.2.3.1 Árbol de conflicto

Tabla 2.2.3.1 Resumen de conflicto central, causas, efectos y problemas en vías de ser abordados.

Fuente: elaboración propia.

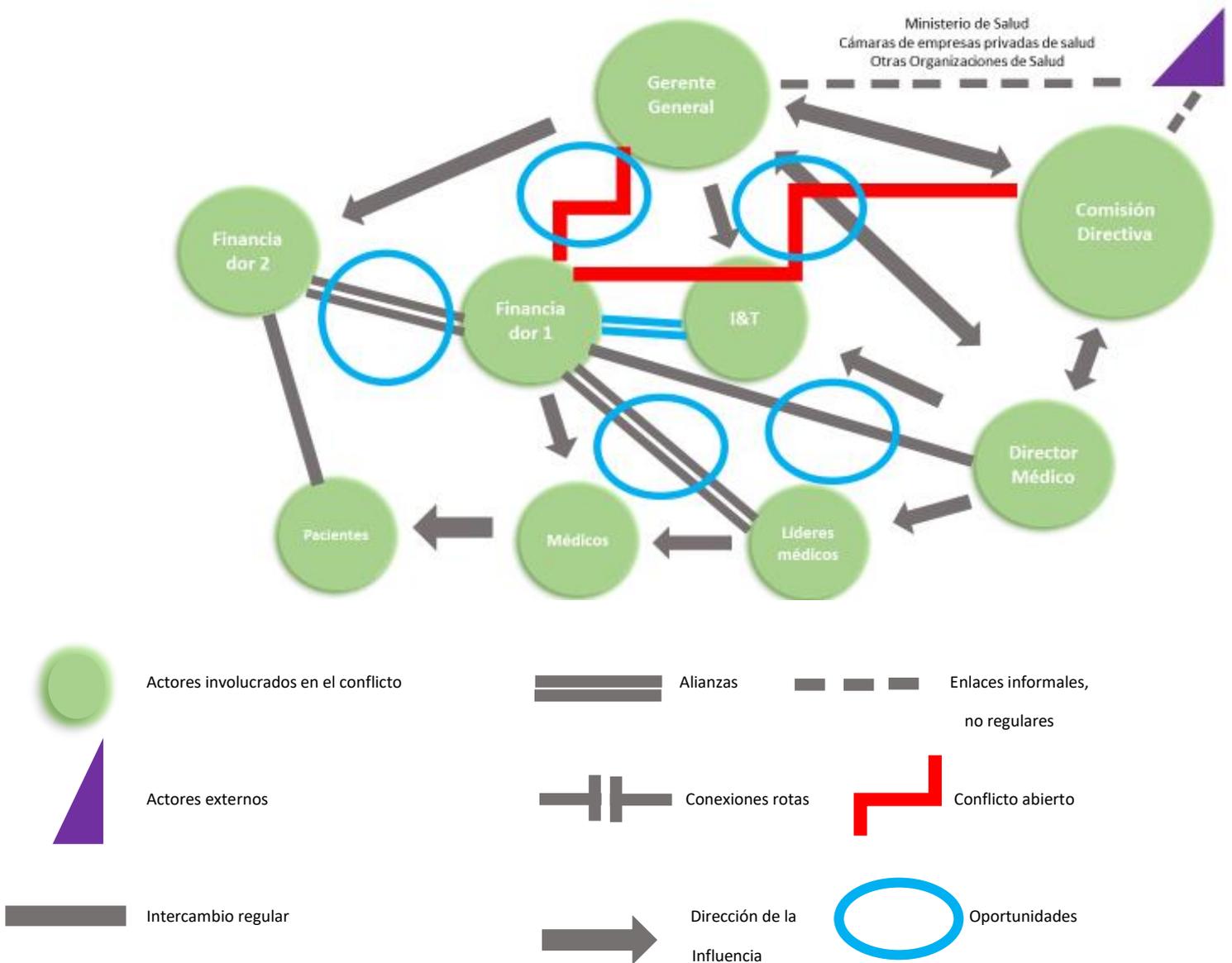
	Conflicto 1	Conflicto 2	Conflicto 3	Conflicto 4	Conflicto 5	Conflicto 6	Conflicto 7
Efecto 5	Ineficiencia						
Efecto 4	Redundancia	Imposible Implementar el cambio	Imposible Implementar el cambio	Imposible Implementar el cambio	Adherencia, colaboración pero incapacidad para llevarlo a cabo	Desacuerdo y boicot explícito	Desacuerdo y quejas
Efecto 3	Sobret ratamiento	Adherencia, colaboración pero incapacidad para llevarlo a cabo	Adherencia, colaboración pero incapacidad para llevarlo a cabo	Inoperabilidad	Adherencia pero falta de colaboración	Incapacidad para volver al modelo previo	Eventual cambio de sus médicos habituales
Efecto 2	Sobrediagnóstico	Adherencia pero falta de colaboración	Adherencia pero falta de colaboración	Falta de acceso a datos	Falta de adherencia al cambio	Incapacidad para aumentar el ingreso	Cambio en la forma en que se atienden
Efecto 1	Mayor volumen	Falta de adherencia al cambio	Falta de adherencia al cambio	Sistemas poco amigables	Desacuerdo y boicot explícito	Eventual disminución del ingreso	Atención centrada en el paciente
Conflicto central	Modelo de pago	Cambio organizacional	Autonomía líderes	I&T	Patrón Médicos	Ingreso Médicos	Pacientes
Causa 1	Modelo Histórico	Modelo histórico	Modelo Histórico	Poca adopción en los sistemas de salud	Modelo Histórico	Modelo Histórico de pago por volumen	Modelo Histórico centrado en la enfermedad
Causa 2	No se miden resultados	Falta de educación	Falta de educación	Falta de educación	Autonomía y protagonismo	Sistema de salud fraccionado	Sistema de atención fraccionado
Causa 3	Faltan datos	Falta de estrategia y planificación	Falta de estrategia y planificación	Falta de estrategia y planificación	Falta de entrenamiento en trabajo en equipo	Instituciones intermedias	Instituciones intermedias
Causa 4	Falta I&T			Recursos	Falta de educación en gestión	Sistema de salud poco sustentable	Falta de Feedback de paciente
Causa 5	Mala Gestión					Mala Gestión	Mala Gestión

En la organización referida, hay conciencia acerca de la sobreprestación y la ineficiencia en el contexto de la atención médica. Específicamente son los financiadores, no así los prestadores los que han iniciado una estrategia de control de gasto. En ese contexto se establecieron algunas iniciativas muy básicas en términos de estrategia y planificación. Todavía no hay consenso en todas las partes, de la necesidad de implementar educación en Gestión.

2.2.3.2 Mapa del conflicto

Figura 2.2.3.2 Mapa de conflicto en la implementación de UPI.

Fuente: elaboración propia.



- **Director médico (DM)**
Menos involucrado en las decisiones estratégicas. En este caso es fundamental contar con su apoyo.
- **I&T**
Es necesario para instrumentar los cambios. Debido a su poder de negociación, se requiere elevados recursos financieros para que desarrolle las soluciones necesarias
- **Financiador 1**
Administra los fondos para el pago de honorarios y otros gastos específicos. Tiene el interés y los recursos financieros y humanos para llevar a cabo el proyecto
- **Financiador 2**
Administra los recursos humanos del plan de salud. Tiene el interés para desarrollar un proyecto que agregue valor y sostenibilidad al plan de salud. Dispone de los recursos organizacionales, parcialmente de los recursos financieros (depende del GG), pero carece de recursos humanos (gestión médica).
- **Líderes médicos**
Interés e influencia relativa
- **Médicos y otros profesionales de la salud**
Interés e influencia relativa
- **Pacientes**
Interés e influencia relativa

Se identificaron en el mapa del conflicto, las acciones necesarias para establecer vínculos relacionados al proyecto, fomentar estrategias de comunicación y reforzar alianzas. Teniendo en cuenta que el actor más interesado en concretar el proyecto (Financiador 1) tiene conflictos abiertos con dos de los actores más influyentes (GG y CD), es fundamental que revise estas dos relaciones y desarrolle estrategias para comunicar acertadamente el proyecto. Considerando su posición, debería además establecer alianzas nuevas con el departamento de I&T y con el DM y fortalecer las ya existentes con los LM y F2.

2.2.3.2 Perfiles de las partes interesadas

Tabla 2.2.3.3 Perfil de las partes interesadas en la implementación de UPI

Fuente: elaboración propia.

	Comisión Directiva	Gerente general	Director médico	I&T	Finan 1	Finan 2	Líderes médicos	Médicos	Pacientes
Posición	El proyecto debe ser costoefectivo El proyecto debe ser de valioso	El proyecto debe ser costoefectivo El proyecto debe ser vendible	El proyecto debe ser costoefectivo El proyecto debe ser de calidad El proyecto debe ser aceptado por los médicos	El proyecto debe ser factible	El proyecto es ineludible	El proyecto es ineludible	El proyecto debe ser factible El proyecto debe ser aceptado por los médicos	El proyecto debe ser inclusivo El proyecto debe mantener o aumentar los ingresos	El proyecto debe agregar valor a la atención médica
Intereses	Mejorar la atención médica Mejorar el prestigio Mantener la sustentabilidad	Producto novedoso y requerido Mantener la sustentabilidad	Mejorar la atención médica Mejorar el prestigio Cuerpo gerencial Complacido Cuerpo médico complacido	Desarrollar soluciones rentables	Desarrollar una atención más costoefectiva Controlar el costo	Desarrollar una atención más costoefectiva Controlar el costo	Mejorar la atención médica Mejorar el prestigio Cuerpo médico complacido	Desarrollar una atención de más calidad Mejorar sus ingresos	Mejor atención Menor costo
Necesidades	Vender	Vender	Calidad médica Sustentabilidad Recurso humano	Vender soluciones	Ser sustentable	Ser sustentable	Atención médica de calidad Cuerpo médico complacido	Mejorar sus horas de trabajo Mejorar sus ingresos	Atención centrada en el paciente
Capacidades y brechas	Autorización final del proyecto Recursos físicos y financieros	Autorización final del proyecto Dispone de las competencias de gestión No dispone de las competencias médicas	Autorización del proyecto Dispone de las competencias médicas pero no de las de gestión	No posee la capacidad ni los recursos para realizar todas las soluciones necesarias	Dispone de los datos Dispone de los recursos financieros Dispone de los recursos humanos	Dispone de parte de los recursos financieros	Dispone del recurso médico No dispone de las competencias gerenciales	Dispone del conocimiento médico No dispone de las competencias gerenciales	Disponen de un canal de comunicación con el médico y la institución

2.3 Diseño o modificación de actividades para que el proyecto sea sensible a los conflictos

Tabla 2.3.1 Actividades para reducir los riesgos de conflicto en base al análisis del árbol de conflicto. Fuente: elaboración propia.

Conflicto: Implementación UPI en Pacientes con DBT II			
Herramientas De análisis	Donde intervenir	Cómo abordarlo	Descripción, actividad sugerida
Árbol de conflicto	No se miden resultados	Modificar lo que se mide	Consultar a los pacientes y otros (ICHOM) para establecer resultados multidimensionales a medir Medición por afección y ciclo
	Faltan datos	Establecer prioridades	Consultar con los actores los datos necesarios de los diferentes subsistemas Consultar con I&T la accesibilidad para los diferentes actores
	Inoperabilidad	Brindando accesibilidad	Negociar con I&T, soluciones que permitan medir, recolectar, analizar y comparar resultados
	Ineficiencia	Interpretar los datos medidos, recolectados y analizados	Consultar con los actores las acciones que aumenten el valor para el paciente y disminuyan la redundancia y la variabilidad
	Falta de educación en estrategia y planificación	Iniciar capacitaciones en estrategia y planificación	Consensuar curso de estrategia para líderes Negociar la creación de departamento de Gestión
	Falta de educación en gestión médica	Iniciar capacitaciones en GM	Consensuar cursos de capacitación para médicos
	Modelo de pago	Iniciar modificaciones	Analizar, desarrollar y negociar modelos de pago por valor
	Atención centrada en el paciente	Iniciar capacitaciones en atención centrada en el paciente	Consensuar cursos y talleres de atención centrada en paciente

Tabla 2.3.2 Actividades para reducir los riesgos de conflicto en base al análisis del mapa de conflicto. Fuente: elaboración propia.

Conflicto: Implementación UPI en Pacientes con DBT II			
Herramientas De análisis	Donde intervenir	Cómo abordarlo	Descripción, actividad sugerida
Mapa de conflicto	Conflicto abierto y fricción GG	Separar el proyecto de otros conflictos	Negociar puntos en común y necesidades mutuas
	Comunicación regular con DM	Establecer Alianza en relación al proyecto	Comunicar los beneficios del proyecto
	Alianza con LM	Aumentar el compromiso	Comunicar los beneficios del proyecto
	Alianza con Financidor 1	Aumentar el compromiso	Comunicar los beneficios del proyecto
	Ausencia de comunicación con I&T	Establecer contacto regular	Establecer comunicación basada en necesidades mutuas

Tabla 2.3.3 Actividades para reducir los riesgos de conflicto en base al análisis del perfil de las partes interesadas. Fuente: elaboración propia.

Conflicto: Implementación UPI en Pacientes con DBT II			
Herramientas De análisis	Donde intervenir	Cómo abordarlo	Descripción, actividad sugerida
Perfil de actores	Los líderes necesitan un producto valioso, de calidad médica y vendible	Comunicación	Consultar las necesidades del mercado
	Los financiadores necesitan ser sustentables	Análisis del proyecto	Negociar la creación de una comisión para desarrollar el proyecto Análisis de la viabilidad financiera
	I&T necesita soluciones factibles	Requieren recursos	Negociar los recursos necesarios para llevar a cabo el proyecto
	Los médicos necesitan mejorar la forma en que brindan atención y sus ingresos	Análisis	Consultar a los médicos las barreras y facilitadores para desarrollar el proyecto Análisis de las mismas
	Los pacientes necesitan una atención centrada en ellos	Comunicación Feedback	Consultar a los pacientes acerca de sus necesidades Análisis de las mismas

Se proyectaron actividades de cambio nuevas o modificadas en base al análisis de los conflictos.

Se concluyó que es particularmente necesario:

- Intentar medir multidimensionalmente los resultados de la atención por afección y por ciclo, teniendo en cuenta la opinión de los pacientes
- Negociar con I&T, soluciones que permitan medir, recolectar, analizar y comparar resultados
- Consensuar cursos de gestión para líderes y médicos interesados
- Consensuar cursos y talleres de atención centrada en el paciente
- Analizar, desarrollar y negociar modelos de pago por valor
- Establecer una comunicación con la gerencia basada en necesidades mutuas
- Comunicar los beneficios del proyecto
- Negociar la creación de una comisión para desarrollar el proyecto y los recursos necesarios para llevarlo a cabo

Capítulo 3. Análisis de los procesos de implementación de unidad de práctica integrada para la atención de pacientes con Diabetes tipo 2

3.1 Introducción

El desafío de manejar las poblaciones con enfermedades crónicas, que normalmente se enfrentan a necesidades cada vez más complejas, es cada vez más difícil. La diabetes mellitus es un excelente ejemplo de una afección crónica con amplias implicancias económicas y de salud para la población. De hecho, la pandemia de coronavirus ha puesto de relieve una desigualdad significativa en nuestra sociedad y ha afectado de manera desproporcionada a las personas con diabetes, además de interrumpir la prestación de servicios y atención para esta población.

La prevalencia mundial de la diabetes es del 8,5% en la población adulta y está aumentando en todo el mundo, especialmente en los países de ingresos bajos y medios. Aunque las causas de este incremento son diversas, éste se debe en parte al aumento del número de personas con sobrepeso u obesidad y a la inactividad física generalizada³⁶.

En la Argentina los resultados de las tres Encuestas de Factores de Riesgo implementadas por el Ministerio de Salud de la Nación muestran que en el período 2005-2013 la diabetes en población adulta aumentó del 8,5 al 9,8%. Se estima entonces, que 1 de cada 10 argentinos de 18 años o más, tiene diabetes y dado que, por varios años permanece sin síntomas, aproximadamente 4 de cada 10 personas que la padecen, desconocen su condición³⁷.

La diabetes es la séptima causa principal de muerte y la principal causa de insuficiencia renal, amputaciones de miembros inferiores y ceguera de inicio en la edad adulta. Otras complicaciones asociadas con la diabetes incluyen enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares³⁸.

En países donde se evalúa el impacto económico, los gastos médicos promedio ajustados por edad y género entre las personas con diabetes, son 2 a 3 veces más altos que los gastos en ausencia de diabetes³⁹.

Se requiere un esfuerzo y una coordinación considerables por parte del paciente y del proveedor, para controlar la diabetes de manera eficaz. Además de tomar múltiples decisiones diarias con respecto a la ingesta de alimentos, la actividad física y los medicamentos, una persona con diabetes debe dominar una variedad de habilidades de autocontrol (p. Ej. Controlar la glucosa en sangre y predecir cambios, comprender y calcular el contenido de carbohidratos en la dieta, reconocer signos de hipo e hiperglucemia, entre otras).

Debido a que muchos pacientes con diabetes tienen comorbilidades, los médicos se enfrentan a decisiones de manejo médico cada vez más complejas (p. Ej. adaptar la terapia para minimizar las intolerancias y los efectos adversos, manejar la polifarmacia, ajustar una cantidad de medicamentos ante las complicaciones, a medida que avanza la enfermedad)³⁸.

Es vital que los médicos y los pacientes comprendan la complejidad de la diabetes y trabajen juntos para determinar el tratamiento más eficaz para cada individuo. Todos los esfuerzos para lograr un sistema de atención de la diabetes más centrado en el paciente y basado en valor, suponen un acceso adecuado a la atención⁴⁰.

A modo de ejemplo, Diabeter es una red de clínicas certificadas en los Países Bajos que se especializa en brindar atención integral e individualizada para niños y adultos jóvenes con diabetes tipo 1. Ofrece un modelo de atención novedoso basado en valor y en una experiencia única para el paciente. Establecida en 2006, la población de pacientes de Diabeter ha crecido constantemente y en la actualidad, tiene más de 1.800 pacientes en 5 ubicaciones diferentes con indicadores clínicos ejemplares sin un aumento en los costos⁴¹.

El programa de diabetes existente en Camden, Reino Unido, es otro ejemplo de atención basada en valor en la población diabética. Se basa en una Unidad de Práctica Integrada de Diabetes (UPI), que reunió a proveedores primarios, comunitarios y de Hospitales de agudos en una asociación proactiva de múltiples organizaciones. Una de las particularidades del modelo ha sido las mejoras en las vías de atención para el gran número de pacientes con diabetes y enfermedades mentales graves. Los resultados mensurables específicos han incluido una mejora en el control de la glucemia y de la presión arterial, en la población de pacientes con Diabetes atendida⁴².

3.2 Implementación de una Unidad de práctica Integrada para la población portadora de Diabetes tipo II

3.2.1 Introducción

Las unidades de práctica integrada (UPIs) son equipos multidisciplinarios, idealmente ubicados en un sector, que están estructurados para satisfacer las necesidades de grupos bien definidos de pacientes, generalmente con condiciones similares, durante todo el ciclo de atención.

Representan una disrupción en la organización tradicional de la atención médica y permiten que ésta sea de mejor calidad y más eficiente, para grupos de pacientes con necesidades

similares. La estructura de la UPI transgrede la forma habitual de atención en especialidades, estructurada en verdaderos silos, así como las líneas de autoridad y el flujo de fondos a través de los servicios. La UPI tiene una estructura única de gestión y programación. En la medida de lo posible, el equipo se ubica en instalaciones específicas adaptadas a los procesos de atención y a las necesidades tecnológicas.

En las UPI, la excelencia no se define por el desempeño de las personas, sino por la experiencia, la integración y la coordinación de un equipo multidisciplinario que puede aprender como grupo del desempeño pasado y aspirar a prácticas mejores.

La atención es brindada por un equipo multidisciplinario, cuyos miembros dedican una parte significativa de su tiempo a trabajar juntos, para atender la afección médica. Los proveedores se identifican a sí mismos como parte de una unidad organizativa común y distintos de su departamento de especialidad.

El equipo asume la responsabilidad del ciclo completo de atención de la afección (que abarca la atención ambulatoria, hospitalaria y de rehabilitación) y los servicios de apoyo necesarios para la afección, como nutrición, trabajo social y salud conductual. Las UPIs también asumen la responsabilidad de preparar a los pacientes antes y después de los procedimientos y tienen experiencia en reconocer la variación entre los pacientes en sus necesidades y su complejidad clínica y ajustar la atención en consecuencia.

La educación, el compromiso, el control, la adherencia y el seguimiento del paciente se integran en la composición del equipo y el modelo de atención. Las UPIs permiten que los pacientes y sus familias participen activamente en la atención, proporcionando educación específica para mejorar las habilidades de autogestión e informándoles sobre cómo pueden contribuir a resultados exitosos.

Un líder del equipo médico o un coordinador de atención clínica (o ambos) es responsable de supervisar el proceso de atención general de cada paciente a lo largo del tiempo y en los diferentes escenarios de atención, incluido el hogar del paciente.

El equipo mide los resultados de los pacientes, los procesos de atención y los costos generales de cada paciente mediante una plataforma de medición común. El equipo se reúne formal e informalmente de manera regular para discutir los resultados, los procesos y la tecnología y emplea un enfoque estructurado para mejorar los resultados y acepta la responsabilidad general conjunta por los resultados y los costos⁴³.

3.2.2 Desarrollo de UPI Diabetes. Procesos

3.2.2.1 Introducción

La unidad de práctica integrada para la población diabética tipo II está organizada a través de un equipo multidisciplinario de personal médico y no médico que incluye médicos, enfermeras, dietistas, psicólogos, asistentes sociales y personal administrativo, entre otros. Se asigna un coordinador de atención a cada paciente individual. Esta persona coordina el tratamiento durante todo el ciclo de atención y actúa como persona de contacto para el paciente y la familia.

Los pacientes normalmente son referidos a la UPI cuando se les diagnostica recientemente Diabetes, o después de haber sido tratados inicialmente en un hospital o en una clínica ambulatoria. Los pacientes recién diagnosticados y sus familias, están incluidos en un programa que brinda atención frecuente durante las primeras semanas y luego según sea necesario. Son evaluados por el personal multidisciplinario para diseñar un plan de terapia médica individualizado, y para enseñar las habilidades necesarias para utilizar la tecnología de la diabetes para un autocontrol eficaz.

Después de las primeras semanas, las visitas se extienden en el tiempo de acuerdo a cada necesidad. Entre visitas, el equipo apoya a los pacientes por correo electrónico, video consulta y teléfono para ajustar y maximizar continuamente su tratamiento. A los pacientes con diabetes se les ofrece una línea directa de emergencia que les da acceso inmediato a un médico de la UPI, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Para simplificar la distribución de medicamentos y otros productos médicos, se desarrolla, una farmacia presencial y/o online, estrechamente conectada con la UPI, que sirve como canal de distribución para los artículos indicados. Los productos se recogen después de una visita o se los solicita online y se los entregan en el domicilio.

3.2.2.2 Establecer una estructura de liderazgo

Establecer un cambio en el paradigma de atención, requiere una estructura de apoyo y liderazgo, formada por múltiples partes interesadas comprometidas en el nuevo modelo. La estructura entonces debería estar conformada por un líder de proyecto, preferentemente médico y con experiencia previa en gestión de cambios y dos gerentes de proyectos de tiempo completo, por un integrante de la Dirección médica, de la gerencia administrativa, de los financiadores y del departamento de auditoría.

Los tres primeros constituirán el equipo central de Unidad de gestión médica, encargado de gestionar el diseño y la implementación de los pilotos, así como de coordinar la investigación y las comunicaciones y proporcionar actualizaciones mensuales de progreso al resto del equipo. El equipo central se reunirá formalmente cada semana y de forma ad hoc todos los días.

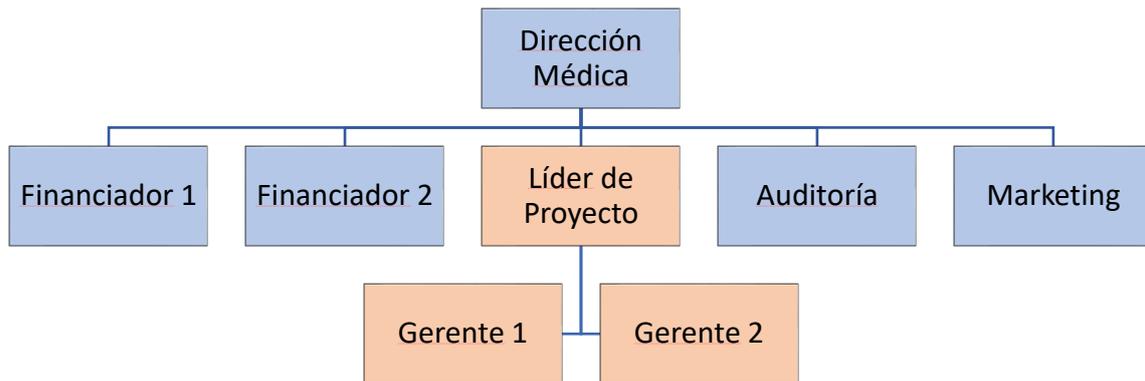


Figura 3.2.2.2. Estructura de Liderazgo. Fuente: elaboración propia

3.2.2.3 Establecer un equipo líder

Para crear unidades de práctica integradas, el equipo central deberá elegir a personal sanitario motivado para liderar el grupo de trabajo que incluya Médico/a Clínico (Atención primaria / medicina interna), Endocrinólogo/a, Enfermera/o. Estos líderes sanitarios serán los encargados de reclutar al resto de los miembros del equipo, incluidos otros médicos y enfermeras, nutricionistas, etc.

Los miembros del equipo multidisciplinario, deberán contar con la experiencia necesaria para el manejo integral e integrado a lo largo de todo el ciclo de atención. Se asignará un secretario encargado de desarrollar la agenda de reuniones, programar las reuniones, y coordinar el flujo

de información entre los miembros del equipo de la UPI.

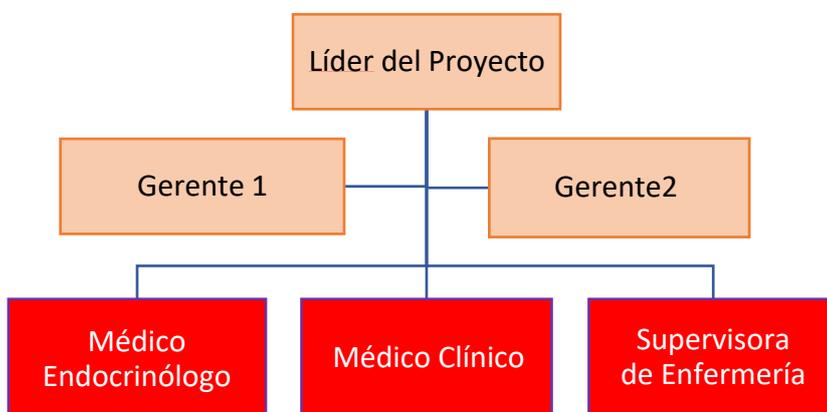


Figura 3.2.2.3 Equipo líder. Fuente: elaboración propia

3.2.2.4 Definir de las condiciones de ingreso. Definir los criterios de inclusión de la población diana

El equipo líder deberá especificar los criterios que definen a pacientes adultos (> 18 años) con diagnóstico de Diabetes II y Prediabetes.

Tabla 3.2.2.4 Criterios de Inclusión de la población diana
Fuente: elaboración propia.

Adultos (> 18 años)	Criterios de inclusión
Prediabetes	Glucemia en ayunas entre 100 y 125 mg/dL
	Glucemia enter 140 and 199 mg/dL , durante una prueba de tolerancia a la glucosa de 75 g
	Hemoglobina glucosilada enter 5.7 to <6.5 %
Diabetes	Glucemia en ayunas \geq 126 mg/dL
	Glucemia \geq 200 mg/dL, durante una prueba de tolerancia a la glucosa de 75 g
	Hemoglobina glucosilada \geq 6,5 %

3.2.2.5 Definir de las necesidades de la población diana

El equipo líder deberá especificar además, las principales necesidades, incluidas las que resultan de la afección principal en este caso la Diabetes y de las afecciones comórbidas comunes y de las complicaciones. Una vez identificada el conjunto de necesidades, se pueden establecer los equipos multidisciplinarios, que trabajen en estrecha colaboración para brindar atención mejor y más eficiente.

Ningún grupo de pacientes tiene necesidades idénticas y ningún equipo puede satisfacer todas las necesidades de todos los pacientes imaginables con una condición médica determinada. En la construcción del modelo de la UPI, es fundamental establecer relaciones con otras especialidades, que puedan ser requeridas durante el ciclo de atención.

Las necesidades en enfermedades crónicas como la Diabetes, dependen de la etapa en que se sitúe la enfermedad (Figura 3.2.2.5.1). La segmentación de pacientes en grupos con necesidades similares es un paso clave para permitir una atención verdaderamente personalizada.

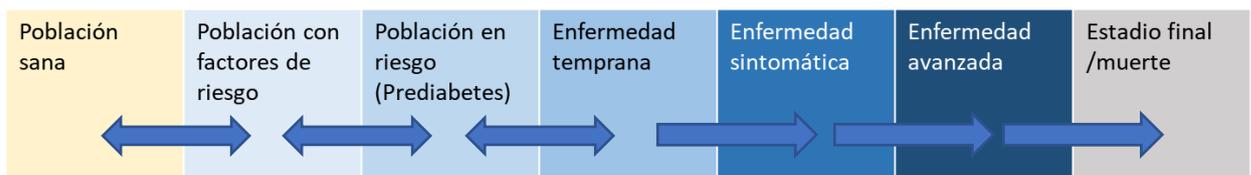


Figura 3.2.2.5.1 Continuidad de la enfermedad crónica. Etapas de una afección a largo plazo. Adaptado de PARR: Combined predictive model final report⁴⁴

El volumen de pacientes en las diferentes etapas de una afección a largo plazo a menudo se representa como una pirámide (Figura 3.2.2.5.2). El número de pacientes con riesgo de desarrollar la enfermedad es considerablemente mayor (la parte inferior de la pirámide) que el número con múltiples complicaciones de la enfermedad avanzada (parte superior de la pirámide).

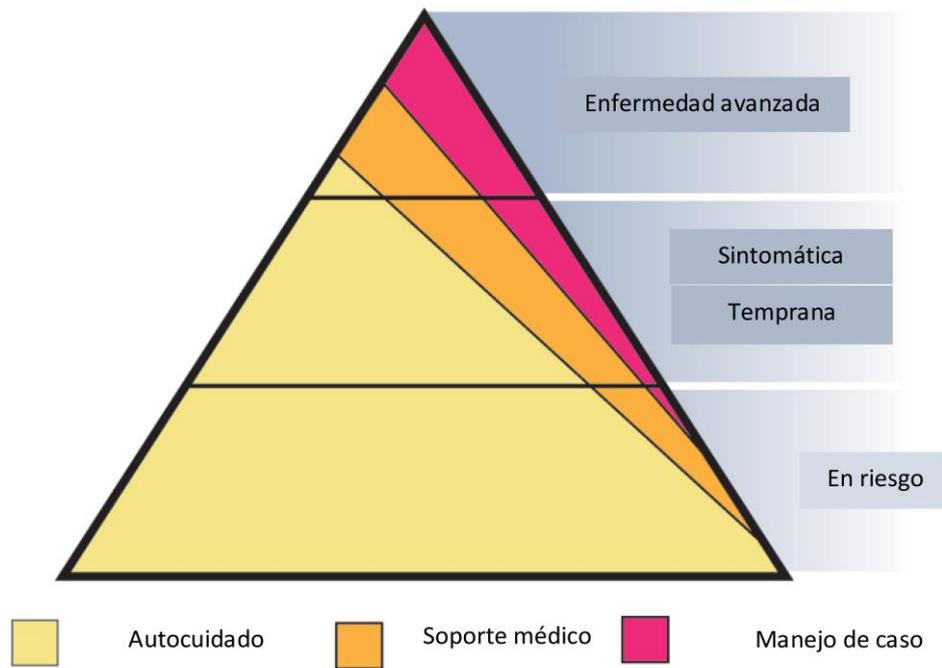


Figura 3.2.2.5.2 Volumen de pacientes y soporte asistencial en cada etapa de la enfermedad crónica. Adaptado de PARR: Combined predictive model final report⁴⁴

Las personas portadoras de Diabetes avanzada son identificadas como de alto riesgo de complicaciones y requerirán intervenciones y seguimiento más intensivo, a diferencia de aquellas que se encuentren en una etapa temprana o tan solo en riesgo de desarrollar la enfermedad.

Algunos de los pacientes con necesidades complejas y múltiples condiciones deberán recibir atención en más de una UPI. La coordinación de la atención entre varias UPI debe ser facilitada por personal cuyo trabajo es coordinar la experiencia del paciente a lo largo de la atención continua, incluso si parte de la atención se realiza en una UPI hermana⁴⁵.

Tabla 3.2.2.5 Necesidades de la población Diana.

Fuente: elaboración propia.

Población	Necesidades
En riesgo	Detección precoz. Definición de criterios de cribado Detectar y abordar el conocimiento sobre la enfermedad Evaluar y abordar determinantes sociales Detectar y abordar trastornos psiquiátricos Detectar y abordar trastornos en la alimentación Detectar y abordar sedentarismo Detectar y abordar Obesidad Detectar y abordar Tabaquismo Detectar y tratar HTA Detectar y tratar dislipemia
Enfermedad en etapa temprana	Inmunizaciones Detectar y tratar disfunción sexual Detectar y tratar retinopatía Iniciar tratamiento Evaluar y abordar adherencia al tratamiento Evaluar y abordar hipoglucemia
Enfermedad sintomática	Detectar y tratar Cardiopatía isquémica Detectar y tratar Enfermedad vascular cerebral Detectar y tratar Enfermedad vascular periférica Detectar y tratar Nefropatía Detectar y tratar Neuropatía sintomática
Enfermedad avanzada	Evaluar e iniciar insulinización Evaluar y abordar limitación en las actividades de la vida diaria

3.2.2.6 Definir las rutas de atención del paciente

Una cadena de valor, o ruta asistencial, es un instrumento de gestión que busca fundamentalmente la mejora en los resultados importantes para los pacientes. Se ha demostrado que la implementación de una vía de atención, reduce la variabilidad en la práctica clínica, reduce los costos de atención médica y mejora los resultados de los pacientes⁴⁵.

El equipo de la UPI debe mapear la gama de procesos involucrados en la atención y comprender que su función es garantizar que también se satisfagan todas las necesidades adicionales, fuera de las cubiertas por el equipo dedicado. Profundizar y ampliar el ciclo de atención de la UPI incluye más trabajo upstream (como prevención y diagnóstico precoz) y trabajo downstream (detección de complicaciones o recurrencias y organización de seguimiento).

La confección de una trayectoria clínica es un proceso que debería estar consensuado entre todos los implicados: pacientes, médicos, enfermeras y trabajadores sociales, entre otros. La idea es que enfermos y profesionales, actúen con reglas acordadas, factibles y basadas en evidencia científica y redefinan sobre una ruta previa, la nueva trayectoria clínica⁴⁶. La figura 3.2.2.6 ejemplifica la ruta asistencial de una consulta usual.

Paciente	Recepción	Evaluación EED	Evaluación Médico Clínico	Equipo multidisciplinario	Lab imágenes	Recepción	Farmacia	Salida
								
Iniciativa Propia Derivado por especialidades u otras vías (campañas, mails, etc)	Recepción para registro	Triagge -Educación estructurada -Consulta con médico clínico -Consulta con nutricionista	Consulta con Médico Clínico	-Evaluación por enfermera educadora -Evaluación por oftalmólogo	Exámenes de laboratorio u otros de ser necesario	Próximo turno presencial, virtual, en domicilio Derivación a especialistas	Retiro de la medicación prescrita	
Derivado por Clínico de atención primaria		-Consulta con Psicóloga -Consulta con interconsultores		Evaluación por Dietista				

EED Enfermera especialista en Diabetes

Figura 3.2.2.6 Ruta Asistencial DBT II. Componentes de una visita usual. Adaptado de Farooqi M. Streamlining patient Care: Patient flow through a Diabetes Center⁴⁷

3.2.2.7 Montaje del equipo de la UPI

Habiendo identificado la condición y el conjunto de condiciones estrechamente relacionadas, las necesidades y la ruta de atención, se puede determinar los tipos de personal y conjuntos de habilidades que deben incluirse en el equipo de la UPI. La construcción del equipo debe guiarse por estos principios:

- Determinar tipos de personal que se necesitan para satisfacer mejor el **conjunto de necesidades** comunes de la población de pacientes. En el caso de los pacientes con Diabetes, se requieren no solo una variedad de especialidades médicas, sino también nutricionistas, educadores de enfermería y farmacéuticos clínicos, podólogos, entre otros.
- Determinar el personal que se requiere para **proporcionar valor** añadido a lo largo de todo el ciclo de atención. En el caso de la Diabetes es fundamental la comunicación regular para lograr la adherencia a dietas, ejercicio, medicación y controles. A veces las interacciones deben realizarse en forma presencial e incluso en el domicilio. Estas interacciones regulares con el paciente permiten la detección de un deterioro

inesperado y pueden reducir significativamente las complicaciones y los costos asociados.

- Determinar el personal que se necesita para permitir que la UPI profundice y sea más integral para satisfacer las necesidades de los pacientes más allá de los problemas de una sola enfermedad. En el caso del paciente DBT tipo II, el médico de cabecera debería ser un miembro clave del equipo, porque a lo largo del tiempo se agregan **múltiples comorbilidades** que deben abordarse, más allá de las complicaciones directamente relacionadas con la Diabetes.
- Determinar el tipo de personal de apoyo a incluir que permita **facilitar la atención** de todos los aspectos requeridos por la Diabetes. Por ejemplo, el farmacéutico clínico, pueda revisar los medicamentos con los pacientes antes del alta mejorando la atención y ahorrando tiempo al médico coordinador.
- Determinar el tipo de otro **personal no clínico** que es importante para mejorar la efectividad y la eficiencia a lo largo del ciclo de atención. Por ejemplo, el personal dedicado a la programación de turnos, puede ayudar a evitar el esfuerzo desperdiciado y los impactos perjudiciales en la atención que resultan de las citas perdidas.
- El equipo de la UPI debe ser lo suficientemente grande para incluir personal clave que tenga las capacidades descritas anteriormente, pero no tan grande como para que las relaciones personales sean difíciles de desarrollar. Independientemente del tamaño, la eficacia de la UPI depende de que la dirección preste atención a las relaciones entre su personal⁴¹.

Tabla 3.2.2.7 Personal de la UPI.

Fuente: elaboración propia.

Recursos	Miembros Clave	Miembros Interconsultores
Personal Médico	Médicos Clínicos Coordinadores Médicos Clínicos en domicilio Médicos Endocrinólogos Médicos Nutricionistas	Médicos Oftalmólogos Médicos Cardiólogos Médicos Nefrólogos Médicos Psiquiatras
Personal Enfermería	Enfermeras especialistas en Diabetes EED en domicilio	Enfermera especialista en Pie Diabético
Personal sanitario	Dietista Asistente Social	Farmacéutico Clínico Podólogo
Personal no sanitario	Asistentes coordinadores de atención	Especialista en I&T Administrador

3.2.2.8 Mecanismos de integración estructural

Habiendo identificado la estructura, composición y servicios generales del equipo de la UPI, se necesitan mecanismos explícitos para permitir la coordinación e integración del trabajo en toda la UPI. No basta con designar a los médicos y al personal de apoyo como parte de la UPI e identificarlos como "un equipo".

Para fomentar e impulsar la integración de la atención, la UPI necesita crear estructuras (hardware) y prácticas (software) que le permitan ofrecer valor de manera confiable. Estos incluyen mecanismos estructurales para la integración de la atención, como instalaciones físicas adecuadas, así como procesos administrativos y clínicos.

La inversión en nuevas instalaciones o la remodelación del espacio existente será necesaria, dada la fragmentación histórica del espacio clínico. Idealmente, el espacio debería tener consultorios, oficinas y espacio para reuniones distribuidos alrededor de un núcleo central. Uno de los beneficios fundamentales de trabajar en proximidad, será que la comunicación entre el personal se basará en conversaciones, en lugar de depender de notas clínicas o correos electrónicos.

La UPI necesitará además una estructura administrativa que esté orientada a simplificar procesos como la admisión y mejorar la integración, coordinación y eficiencia para pacientes y médicos. La reducción del tiempo de ciclo general de atención de los pacientes es un enfoque particularmente crítico para las estructuras administrativas de la UPI. Existen oportunidades para reducir el tiempo de ciclo de atención, lo que no solo beneficia a los pacientes, sino que también aumenta la capacidad de atender a más pacientes con los mismos recursos⁴³.

3.2.2.9 Estructura de gestión y liderazgo

El modelo de la UPI requiere un liderazgo general preciso, con el objetivo explícito de mejorar el valor para los pacientes. El líder de la UPI debe ser responsable de garantizar que el valor sea un objetivo compartido de todos los miembros del equipo. Los líderes de la UPI también deben establecer y reforzar la cultura del equipo y asumir la responsabilidad de la mejora continua de la calidad, la integración y la eficiencia. La atención clínica centrada en el paciente, debe ser la máxima prioridad del líder de la UPI, con autoridad para la toma de decisiones sobre todos los miembros del equipo.

El fuerte liderazgo de la UPI es controvertido en la mayoría de las organizaciones, porque se considera que interrumpe la línea de autoridad tradicional y en especial el flujo de fondos que ingresa a los servicios y a los departamentos. Los líderes de los departamentos tradicionales, pueden comprender los beneficios de los equipos multidisciplinarios, pero en general toman medidas para mantener a los miembros de sus departamentos bajo su control general. También buscan retener ingresos clínicos para sus departamentos que puedan utilizar para funciones distintas a la atención clínica⁴³.

3.2.2.10 Mecanismos de integración funcional

Los mecanismos de integración funcional son el software de las UPI, e incluyen protocolos, mejores prácticas, estándares y otros mecanismos que guían la atención del equipo. Estos mecanismos de integración explícitos sirven para institucionalizar una cultura de alta confiabilidad dentro de una UPI.

Incluyen agendas de reunión semanales o mensuales, para discutir pacientes individuales o planes alternativos de tratamiento, pero también para desarrollar nuevas rutas de atención cuando la vía clínica definida no produjo las mejoras esperadas⁴³.

3.2.2.11 Definir los resultados que se quieren alcanzar

Para comprender cómo la atención afecta los resultados importantes para los pacientes, es necesario recopilar sistemáticamente datos sobre la calidad de vida general de los pacientes y particularmente de cómo se ve afectada por la enfermedad, por la falta de cuidado, y por las complicaciones a largo plazo de la condición médica.

La recopilación de datos de referencia y la medición de los resultados deben realizarse de manera estandarizada independientemente de cómo se trate la diabetes tipo II, es decir, independientemente del tipo de tratamiento hipoglucemiante que se esté utilizando.

Los resultados que importan a los pacientes se dividen en tres niveles:

- El nivel 1 implica el estado de salud alcanzado.
- El nivel 2 describe el proceso de atención y las complicaciones del tratamiento.
- El nivel 3 se relaciona con la sostenibilidad de salud.

El equipo de la UPI deberá seleccionar indicadores de procesos, resultados clínicos y resultados reportados por el paciente (PROMs patient reported outcomes measures y PREMs patient reported experience measures), basándose en una revisión de la literatura clínica, consultas con sociedades de especialidades médicas y con organizaciones de estandarización de resultados como el Consorcio Internacional para la Medición de Resultados en Salud (ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement)⁴⁸.

En las siguientes tablas se describen los dominios, variable e indicadores propuestos para cada uno de los tres niveles (Tabla 3.2.2.11.1, Tabla 3.2.2.11.2, Tabla 3.2.2.11.3).

Tabla 3.2.2.11.1 Nivel 1. Resultados a evaluar e indicadores a medir.

Fuente: elaboración propia

Niveles	Dominio	Variables	Indicadores
Nivel 1 Estado de salud alcanzado	Medir sobrevida	-Tasa de mortalidad	-Tasa de mortalidad en Diabéticos global y por sexos
	Medir salud o recuperación	-Control de TA -BMI -Perfil lipídico -Nivel de Hemoglobina glucosilada	-Porcentaje de Diabéticos con TA < 130/80 -Porcentaje de Diabéticos con IMC < 30% -Porcentaje de Diabéticos con LDL en meta -Porcentaje de Diabéticos con HbA1c en meta -Porcentaje de diabéticos que tienen un fondo de ojo realizado en los últimos 12 meses

Tabla 3.2.2.11.2 Nivel 2. Resultados a evaluar e indicadores a medir.

Fuente: elaboración propia.

Niveles	Dominio	Variables	Indicadores
Nivel 2 Proceso de atención y las complicaciones del tratamiento	Tiempo de recuperación y retorno a la vida normal	-Adecuación del tratamiento -Calidad de vida	-Escala de adherencia a la medicación de Morisky -Escala EuroQoL 5D-3L
	Competencia del sistema de atención	-Número de Hospitalizaciones anuales -Número de asistencias al departamento de emergencias por año -Educación diabetológica individual o grupal -Satisfacción	-Incidencia de complicaciones hipo e hiperglucémicas agudas que requieren hospitalización -Incidencia de consulta en Emergencias -Porcentaje de Diabéticos que han recibido educación diabetológica -Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)

Tabla 3.2.2.11.3 Nivel 3. Resultados a evaluar e indicadores a medir.

Fuente: elaboración propia.

Niveles	Dominio	Variables	Indicadores
Nivel 3 Sostenibilidad de salud	Consecuencias a largo plazo de la enfermedad	-Macroangiopatía -Nefropatía -Retinopatía -Neuropatía -Performance en actividades de la vida diaria	-Prevalencia de complicaciones crónicas macrovasculares -Prevalencia de nefropatía diabética -Prevalencia de retinopatía diabética -Prevalencia de neuropatía -Incidencia y prevalencia de diálisis o trasplante renal -Barthel index
	Consecuencias a largo plazo de la terapia	-Efectos adversos del tratamiento -Barreras financieras	-Diabetes Distress Scale (DDS) -Porcentaje de Diabéticos que suspendieron el tratamiento por cuestiones económicas

3.2.2.12 Medir y mejorar el desempeño

La UPI deberá comprometerse a mejorar la calidad y la eficiencia de la atención en todo el ciclo de atención. Esto requiere datos sistemáticos y universales sobre los resultados que son importantes para los pacientes, así como los costos totales de brindar esos resultados.

Solo midiendo los resultados que importan a los pacientes, y haciéndolo de manera estandarizada entre los proveedores, se puede determinar si los procesos de atención son efectivos y eficientes o evaluar si las innovaciones en la atención están impulsando una mejora real. Las medidas de proceso se pueden utilizar como herramientas internas para la mejora, pero el desempeño en sí debe basarse en los resultados reales obtenidos de los pacientes (Figura 3.2.2.12.1).

La recopilación de datos del paciente en tiempo real, permite a pacientes y proveedores, recibir informes sobre tendencias, configuraciones de objetivos, planes de tratamiento y próximos contactos con la UPI. Al monitorear y analizar continuamente los datos de salud del paciente con Diabetes, los proveedores de atención y los pacientes pueden actuar de inmediato para ajustar la terapia y optimizar los resultados. Los altos volúmenes de pacientes brindan oportunidades para realizar investigaciones clínicas⁴⁹(Figura 3.2.2.12.2).

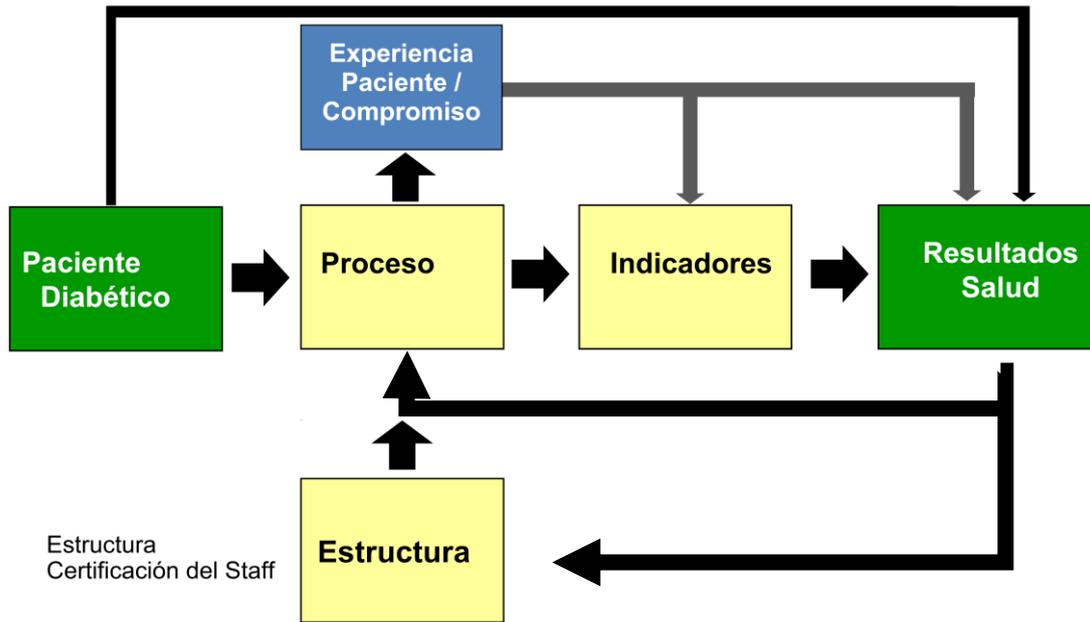


Figura 3.2.2.12.1 El escenario de la medición. Porter M. Outcome Measurement⁴⁹.



Figura 3.2.2.12.2 Herramientas digitales que permiten una recopilación de datos eficiente. Adaptado de Value Based Healthcare Diabeter White Paper⁴¹

3.2.2.13 Medir y mejorar los costos

La medición de los costos reales durante el ciclo de atención es el complemento esencial para la medición de resultados y requiere el uso de la contabilidad de costos basados en actividades impulsada por el tiempo (TDABC) una técnica innovadora y cada vez más usada. El TDABC es una metodología que calcula los costos en función de los procesos clínicos y administrativos reales, utilizados en el ciclo completo de atención de cada paciente (Figura 3.2.2.13).

La mayoría de los costos de atención médica son costos compartidos, vinculados al personal, al equipo y al espacio que se utiliza para los pacientes. Los costos relacionados con el personal son la categoría de gastos más grande y representan del 65% al 70% del costo y el resto se compone de costos de laboratorio y gastos administrativos, como TI, contabilidad, recursos humanos, marketing y costo de ocupación.

La contabilidad de TDABC proporciona una herramienta para analizar el impacto potencial en los costos de los rediseños de la atención, como la consolidación de la atención en un entorno de menor costo. Estos datos son herramientas esenciales para que las UPI puedan afrontar desafíos políticamente delicados, como el traslado de los centros de atención⁴⁸.

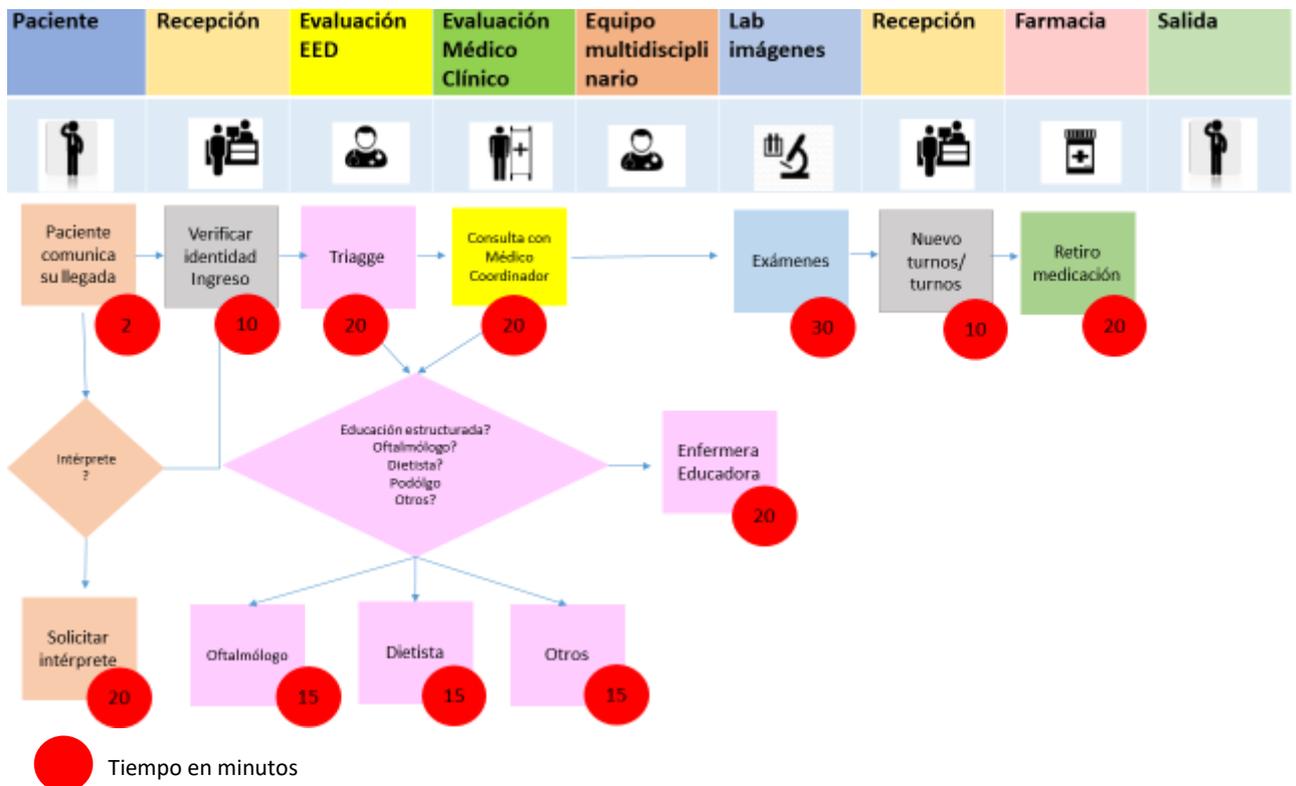


Figura 3.2.2.13 Mapeo de la utilización de recursos. Adaptado de Farooqi M. Streamlining patient Care: Patient flow through a Diabetes Center⁴⁷

3.2.2.14 Establecer sistemas de incentivos que recompensan el valor

Con una población de pacientes de UPI bien definida, los miembros del equipo adecuados en el entorno físico adecuado, una estructura administrativa sólida, un liderazgo general preciso y una medición rigurosa del desempeño y de los costos, las UPI crean las condiciones clave para una atención verdaderamente excelente y eficiente. Sin embargo, es necesario motivar al personal a cambiar el status quo.

Para establecer incentivos potentes se requiere un nuevo modelo de pago (Pagos combinados que cubren episodios de atención para las afecciones del paciente o paquetes basados en el tiempo, como por un año de atención para un paciente).

Capítulo 4. Alcance del proyecto

4.1 Propósito del Proyecto

La diabetes mellitus es una afección crónica con amplias implicancias en la salud de los pacientes y en la sustentabilidad de los sistemas sanitarios. Se requiere una extremada coordinación por parte del paciente y del proveedor, para controlar la enfermedad de manera costo efectiva.

Lograr el acceso apropiado a la atención requiere ingresar al sistema de atención médica, obtener acceso a entornos de atención donde el paciente puede recibir los servicios necesarios y encontrar proveedores que satisfagan las necesidades de los pacientes individuales y con quienes los pacientes puedan desarrollar una relación basada en la comunicación y la confianza mutuas.

La atención brindada por un equipo multidisciplinario, que asume la responsabilidad del ciclo completo de atención de la afección y que reconoce la variación entre los pacientes en sus necesidades y en su complejidad clínica, permite rediseñar la atención agregando valor.

4.2 Objetivos del Proyecto

El objetivo general del proyecto UPIDIA2 es el desarrollo, implementación y evaluación de una unidad de práctica integrada para la atención de pacientes con Diabetes tipo II en un Hospital Universitario. El proyecto explorará cómo la integración de la atención médica centrada en el paciente puede ser exitosa y costo efectiva en la práctica.

Los objetivos específicos son

- Incrementar la rentabilidad de la Institución a través del aumento en el número de ingreso de pacientes con Diabetes tipo 2, que demandan una atención integrada
- Medir y mejorar la calidad, accesibilidad y costo efectividad de la atención a personas con diabetes tipo 2 en, atención ambulatoria primaria y especializada, respaldado por la autogestión del paciente.
- Disminuir desenlaces duros, como mortalidad, ceguera y amputación de las extremidades en las personas con diabetes

- Establecer sistemas de incentivos que recompensen el valor

4.3 Alcance del Proyecto

La unidad de Práctica integrada para pacientes con DBT tipo II (UPIDIA 2) se caracterizará por:

- Estructura de liderazgo
- Equipo líder
- Criterios de inclusión y exclusión de la población Diana
- Necesidades definidas
- Rutas de atención definidas
- Equipo multidisciplinario dedicado a la atención de la población Diana
- Mecanismos de liderazgo, de integración estructural y funcional
- Indicadores de desempeño definidos
- Medición de costos
- Sistemas de incentivos que recompensen el valor en la atención

4.3.1 Requerimientos

4.3.1.1 Descripción del producto. Unidad de práctica integrada que incluye

- Instalación física adecuada.
- Equipo líder.
- Equipo multidisciplinario.

- Rutas de atención
- Protocolos de actuación
- Software de apoyo
- Medición de desempeño
- Medición de costos
- Sistema de incentivos

4.3.1.2 Criterios de aceptación para el producto

- Habilitación de la instalación física.
- Operación de Equipo multidisciplinario y soluciones tecnológicas conforme al protocolo de aceptación.
- Cumplimiento del cronograma y presupuesto original.

4.3.1.3 Enumeración de los Entregables del proyecto

1. *Elaboración del Project Charter*
2. *Determinación del Equipo de trabajo*
3. *Definición de Población, Necesidades y Rutas de atención*
4. *Montaje del equipo multidisciplinario*
5. *Montaje de la Instalación física adecuada*
6. *Protocolos de actuación*
7. *Definición de Resultados y protocolos de medición*
8. *Definición de modalidad de costeo y protocolos de medición*
9. *Definición del sistema de incentivos y nueva modalidad de pago*
10. *Puesta en marcha*

4.3.1.4 Descripción, responsables y validación de Entregables

Tabla 4.3.1.4.1 Descripción, responsables y validación de Entregables.

Fuente: elaboración propia.

Fase del proyecto	Entregable	Responsable	Colabora/Valida	Descripción
Inicio	<ul style="list-style-type: none"> -Director del Proyecto - Acta de Constitución del Proyecto. -Gerente del proyecto -Equipo de desarrollo e implementación (EDI) y Expertos de apoyo (EA) 	<ul style="list-style-type: none"> Unidad de gestión médica (UGM) Dir. Proyecto (DP) Dir. Proyecto Dir. Proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> Dirección médica (DM) DM/Unidad de gestión médica DM/Unidad de gestión médica DM/Unidad de gestión médica 	<ul style="list-style-type: none"> -Elección del Director de Proyecto - Existencia del proyecto y confiere autoridad al director de proyecto -Elección del Gerente del proyecto (GP), miembros del equipo de Desarrollo e implementación y expertos de apoyo. Cada uno de ellos con conocimientos y habilidades específicas
Planificación	-Definir Población	EDI	<ul style="list-style-type: none"> -Gerente del proyecto -Expertos de apoyo 	-Criterios de inclusión de la población Diana
	-Definir Necesidades	EDI	<ul style="list-style-type: none"> - Gerente del Proyecto -Expertos de apoyo 	- Principales necesidades, incluidas las que resultan de la afección principal en este caso la Diabetes y de las afecciones comórbidas comunes y de las complicaciones.
	-Definir Rutas	EDI	- Gerente del Proyecto	-Mapear la gama de procesos involucrados en la atención para

			-Expertos de apoyo	garantizar que se satisfagan todas las necesidades planteadas
	<p>Definir personal médico</p> <p>Definir personal de enfermería</p> <p>Definir resto personal sanitario</p> <p>Definir personal no sanitario</p>	EDI/Gerente del Proyecto	Director del proyecto/DM	<p>-Definición del número y tipo de especialidades médicas requeridas</p> <p>-Definición del número y tipo de competencias de enfermería requerida</p> <p>-Definición del número y tipo de resto de personal sanitario requerido</p> <p>-Definición del número y tipo de personal no sanitario requerido</p>
	-Definir la instalación física adecuada	EDI/Gerente Del proyecto	-DM/Expertos de apoyo/departamento de infraestructura/departamento de I&T	<p>-Definición de las necesidades requeridas</p> <p>-Elección de la locación</p> <p>- Definición del plan de infraestructura</p> <p>-Definición del plan de instalación de equipos</p> <p>-Definición del Plan de instalación de Hardware y Software</p>
	-Definir protocolos de actuación	EDI	- Gte. de proyecto/Director del proyecto/DM/Departamento de calidad	<p>-Protocolos de acceso y comunicación con los pacientes</p> <p>- Protocolos clínicos de atención</p> <p>-Protocolos de comunicación y reunión entre los integrantes del equipo</p>

	-Definir Resultados y protocolos de medición	EDI	-Gte. de proyecto/ Director del proyecto	-Definición de resultados y protocolos de medición en el Nivel 1 -Definición de resultados y protocolos de medición en el Nivel 2 -Definición de resultados y protocolos de medición en el Nivel 3
	-Definir la modalidad de contabilidad de costos	EDI/Gerente del proyecto/Expertos de apoyo	-Dir. de Proyecto / DM/ Unidad de gestión médica	-Definición de la Modalidad de contabilidad de costos -Definición del equipo responsable
	-Definir la política de incentivos	EDI/gerente del proyecto/Expertos de apoyo	-Dir. de Proyecto / DM/ Unidad de gestión médica	-Definición de los resultados que determinarán valor -Definición de la política de incentivos
Puesta En Marcha	-Actividad de prueba -Mediciones -Modificaciones	EDI/gerente del proyecto/Equipo multidisciplinario	Director del proyecto/DM/Depto de infraestructura/ Depto de I&T/Depto de calidad	-Inicio del Servicio

4.3.2 Estructura WBS

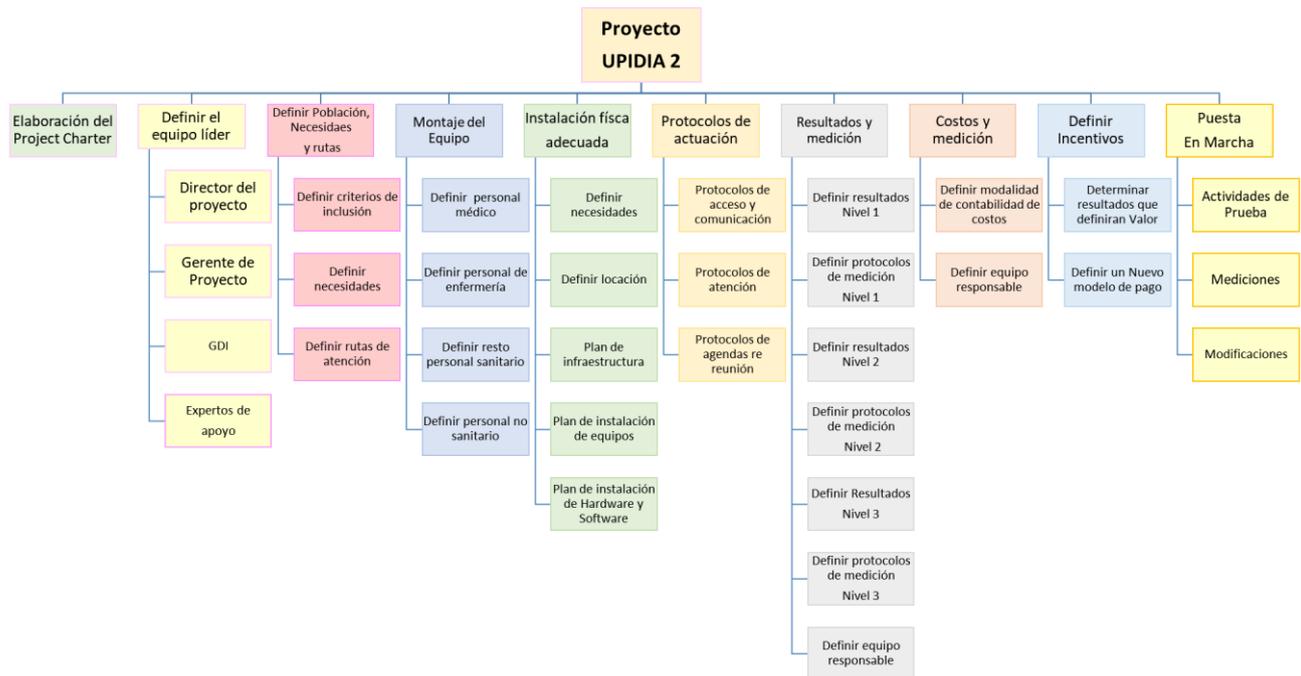


Figura 4.3.2. Estructura WBS. Fuente: elaboración propia.

4.3.3 Factores clave de éxito

- Definir y aprobar el Acta de Constitución del Proyecto para iniciar el desarrollo del proyecto
- Desarrollar el Plan para la Dirección del proyecto (alcance, tiempos, costos, RRHH, calidad, comunicación, adquisición, seguridad, medio ambiente, etc.)
- Disponer de los recursos humanos tanto para el equipo líder como para el multidisciplinario
- Ubicar la locación, adquirir los materiales y equipamiento cumpliendo con el presupuesto y cronograma establecido
- Consensuar entre las especialidades los protocolos de actuación, en el marco del presupuesto y cronograma definido en el proyecto
- Consensuar entre las especialidades los resultados a medir y los protocolos de medición.
- Consensuar entre los actores la modalidad de contabilidad de costos
- Consensuar entre todos los actores la política de incentivos

- Implementar la unidad de práctica integrada, cumpliendo las Normas de Calidad, presupuesto y cronograma del proyecto
- Presentar a los todos los actores involucrados los avances del proyecto, responder a sus reclamos y realizar los cambios necesarios

4.3.4 Restricciones

- **Restricciones de personal:**

En el desarrollo del proyecto solamente participará, el personal que se encuentra inscripto en la nómina de la Institución.

- **Restricciones de costos**

El proyecto se llevará a cabo con un presupuesto determinado previamente

- **Restricciones de tiempo**

El proyecto deberá extenderse por un período máximo de 1 (un) año cumpliendo con el cronograma establecido en el proyecto.

- **Restricciones de Tecnología**

La tecnología (software/hardware) que se implementará será desarrollada por el departamento de I&T de la Institución.

- **Restricciones de Calidad**

Todos los procesos que se desarrollen en este proyecto deben estar enmarcados en las Normas de calidad de la Joint Commission International, a las cuales la Institución suscribe.

4.3.5 Supuestos

- **Supuestos de Recursos Humanos**

Todo el personal que participe en el proyecto, está habilitado para ejercer su actividad en la Institución y posee las competencias necesarias para formar parte del equipo.

El desarrollo del proyecto será realizado por personal de la empresa. No se contratará personal externo

- **Supuestos financieros/contables**

La Institución cuenta con los fondos suficientes para hacer frente al Proyecto considerando posibles cambios de precios/costos por factores externos tales como inflación y/o modificación en el valor de la moneda.

La remuneración de los participantes del Equipo de desarrollo e implementación estará acorde a lo establecido en el presupuesto

La adquisición de los elementos necesarios para desarrollar la estructura estará acorde a lo establecido en el presupuesto y cronograma del proyecto

- **Supuestos de tiempos**

Las etapas del proyecto se desarrollarán dentro de lo establecido en el cronograma.

- **Supuestos de tecnología**

La empresa cuenta con los conocimientos y know how para la instalación del sistema de Software que se requerirá y posee la capacidad para implementarlo en el marco del presupuesto y cronograma establecido en el proyecto.

La adquisición del equipamiento -Hardware- será establecido acorde al presupuesto y cronograma.

4.4 Hitos principales

Tabla 4.4 Fecha estimada de Hitos principales.

Fuente: elaboración propia.

Hitos principales	Fecha estimada
● HITO 1. Iniciación del Proyecto	31/01/2022
● HITO 2. Selección y asignación de director del proyecto	14/02/2022
● HITO 3. Acta de Constitución del Proyecto	14/03/2022
● HITO 4. 5 WBS acordado	11/04/2022
● HITO 5. Aprobación del Plan y cronograma del proyecto	11/05/2022
● HITO 6. Aprobación del Presupuesto	11/06/2022
● HITO 7. Inicio de la Prueba	29/8/2022
● HITO 8. Entregables verificados	23/9/2022
● HITO 9. Inicio de la Operación	26/9/2022

4.5 Equipo de Trabajo

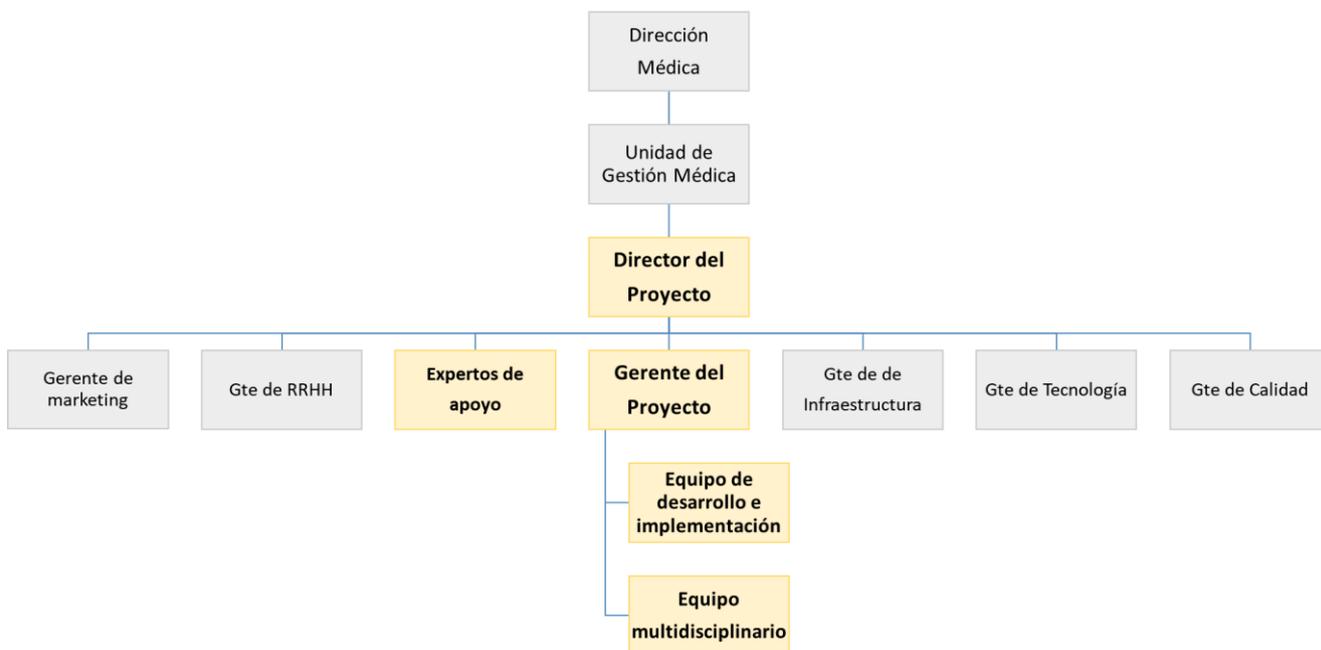


Figura 4.5. Organigrama. Fuente: elaboración propia

4.6 Principales riesgos

Tabla 4.6 Conflicto, impacto, factibilidad y plan de mitigación.

Fuente: elaboración propia.

Conflicto priorizado	Impacto	factibilidad	Notas
Cambio en el modelo de pago por parte de los financiadores	Alto	mediana	<ul style="list-style-type: none"> Diseño complejo Negociación con proveedores Alcance de riesgo a asumir
Implementación de un cambio organizacional	Alto	Alta	<ul style="list-style-type: none"> Conciencia de la necesidad del cambio líderes comprometidos
Cambio en la autonomía tradicional de los líderes médicos	Alto	Mediana	<ul style="list-style-type: none"> Viraje a liderazgo colaborativo Educación Reemplazo
Cambio en los sistemas de Tecnología de la información	Alto	Mediana	<ul style="list-style-type: none"> Interoperabilidad Recursos
Cambio en los patrones de atención para los médicos	Alto	Alta	<ul style="list-style-type: none"> Conciencia de la necesidad del cambio líderes comprometidos Educación Reemplazos
Disminución en el volumen de las consultas y en el ingreso	Alto	Mediana	<ul style="list-style-type: none"> Conciencia de la necesidad del cambio Cambio en el sistema de pago
Cambio en el modelo de atención para el paciente	Mediana	Alta	<ul style="list-style-type: none"> Feedback Información Educación
Cambio organizacional para los líderes médicos	Mediano	Alta	<ul style="list-style-type: none"> Educación Reorganización Reemplazos

4.7 Stakeholders (Interesados/Involucrados)

4.7.1 Clasificación de Stakeholders. Externos e internos

- **Stakeholders Externos**

- Autoridades Gubernamentales (Interés: Bajo, Poder/Influencia: Bajo). -Actor secundario
- Sindicatos (Interés: Bajo; Poder/Influencia: Medio). -Actor secundario
- Pacientes ((Interés: Alto; Poder/Influencia: Alto). -**Actor clave**

- **Stakeholders Internos**

- Comisión Directiva Institución (CD) (Interés: Bajo; Poder/Influencia: Medio). - Actor secundario
- Dirección médica (DM) (Interés: Alto; Poder/Influencia: Alto). -**Actor Clave**
- Sponsor Unidad de Gestión Médica (UGM) (Interés: Alto; Poder/Influencia: Alto). -**Actor Clave**
- Director de Proyecto (DP) (Interés: Alto; Poder/Influencia: Alto). -**Actor Clave**
- Gerente del Proyecto (GP) (Interés: Alto; Poder/Influencia: Alto). -**Actor Clave**
- Equipo de desarrollo e implementación (EDI) (Interés: Alto; Poder/Influencia: Alto). -**Actor Clave**
- Equipo multidisciplinario (EM) (Interés: Alto; Poder/Influencia: Alto). -**Actor Clave**

- Gerencia de Tecnología (Interés: Intermedio; Poder/Influencia: Alto). -Actor principal
- Gerencia de Recursos Humanos (Interés: Bajo; Poder/Influencia: Intermedio). - Actor secundario
- Gerencia de Marketing (Interés: Alto; Poder/Influencia: Alto). -**Actor Clave**
- Gerencia de Infraestructura (Interés: Alto; Poder/Influencia: Medio). -Actor Principal
- Gerencia de Calidad y seguridad (Interés: Alto; Poder/Influencia: Medio/Alto). - Actor Principal
- Empleados de la Institución (Interés: Bajo; Poder/Influencia: Bajo). -Actor Secundario

4.7.2 Análisis de los Stakeholders

Tabla 4.7.2 Análisis de interés e Influencia de los Stakeholders.

Fuente: elaboración propia.

Stakeholders Externos					
Nombre	Nivel de Interés	Interés	Nivel de Influencia	Influencia / Poder	Acciones

<p>Autoridades Gubernamentales</p> <p>Actor Secundario</p>	<p>Bajo</p>	<p>Que el proyecto cumpla con los estándares de calidad y seguridad del paciente</p>	<p>Bajo</p>	<p>No se requiere aprobación .</p>	<p>▶ Presentar la documentación del proyecto y licencias habilitantes</p>
<p>El PM deberá gestionar cada una de sus acciones con la intención que las autoridades gubernamentales se sientan satisfechas a lo largo del todo el proyecto.</p>					
<p>Sindicato</p> <p>Actor Secundario</p>	<p>Bajo</p>	<p>Que cada uno de los trabajadores representados por el Sindicato trabaje en el marco de las leyes laborales. Especialmente teniendo en cuenta las medidas de seguridad, en el contexto de Pandemia</p>	<p>Medio</p>	<p>Su accionar podría afectar negativamente al desarrollo del proyecto en caso de que exista algún reclamo por las condiciones laborales</p>	<p>▶ Coordinar una reunión inicial con el delegado sindical para garantizar una buena relación.</p> <p>▶ Responder a los reclamos</p> <p>◀ Realizar reclamos puntuales</p>
<p>El PM deberá gestionar al Sindicato para realizar o responder a los reclamos.</p>					
<p>Pacientes</p> <p>Actor Clave</p>	<p>Alto</p>	<p>Que se disponga de mejores servicios de atención y no perder los beneficios previos.</p>	<p>Alto</p>	<p>Su accionar podría afectar negativamente al desarrollo del proyecto en caso de que existan reclamos por la calidad del servicio</p>	<p>▶ Incorporar la visión del paciente en el desarrollo del proyecto</p> <p>▶ Informar la proximidad del nuevo servicio</p>
<p>Durante el Proyecto, el PM y el equipo de desarrollo e implementación deben considerar e incorporar la perspectiva de los pacientes</p>					

Stakeholders Internos					
Comisión Directiva Actor secundario	Bajo	<p>Que el proyecto se desarrolle cumpliendo con el presupuesto establecido y que se pueda maximizar la rentabilidad del proyecto.</p> <p>Que se mantengan o superen los estándares de calidad y seguridad</p>	Alto	<p>En general no intervienen en la aprobación o en el rechazo del proyecto</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Informar ◀ Conocimiento del Acta de Constitución y la realización del Proyecto
<p>El PM/DM deberán informar permanentemente a la Comisión Directiva acerca del desarrollo del proyecto y sus avances (incluyendo problemas que pudieran surgir).</p>					
Dirección Médica Actor clave	Alto	<p>Que el proyecto cumpla con las expectativas planteadas, en términos de rentabilidad y calidad de atención</p>	Alto	<p>Tienen la facultad de aprobar o rechazar el proyecto y sus cambios</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Informar sobre el proyecto. ◀▶ Analizar el proyecto y su viabilidad ◀ Aprobar el Acta de Constitución ◀ Aprobar el avance del proyecto
<p>El PM deberá gestionar a la Dirección Médica orientando cada una de las acciones para que ésta esté permanentemente informada del desarrollo del proyecto y sus avances (incluyendo problemas que pudieran surgir).</p>					

<p align="center">Unidad de Gestión Clínica (Sponsor)</p> <p align="center">Actor Clave</p>	<p align="center">Alto</p>	<p>Que el desarrollo del proyecto se realice de acuerdo al alcance, tiempo y presupuesto establecido.</p> <p>Que se cumplan los objetivos propuestos</p>	<p align="center">Alto</p>	<p>Facultad de tomar decisiones para favorecer al desarrollo del proyecto.</p> <p>Capacidad para proporcionar apoyo y recursos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Informar sobre el proyecto. ◀ Analizar el proyecto y su viabilidad ◀ Aprobar el Acta de Constitución ◀ Nombrar al PM
<p>El PM deberá gestionar al Sponsor en forma activa y permanente, manteniéndolo informado, y haciéndolo parte de cada una de las decisiones tomadas.</p>					
<p align="center">Director del Proyecto</p> <p align="center">Actor Clave</p>	<p align="center">Alto</p>	<p>Que el desarrollo del proyecto se realice de acuerdo al alcance, tiempo y presupuesto establecido.</p> <p>Que se logren cumplir los objetivos definidos.</p>	<p align="center">Alto</p>	<p>Facultad de tomar decisiones para favorecer al desarrollo del proyecto de acuerdo a las Buenas Prácticas.</p> <p>Capacidad para gestionar: recursos, tiempos, presupuestos, stakeholders, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Brindar medios y recursos ◀ Establecer prioridad y, objetivos Planificar, controlar. Otorgar autoridad. ◀ Conformar equipos de trabajo. Gestionar tiempo y presupuesto ◀ Brindar los recursos necesarios ◀ Informar toda novedad del proyecto a la CD, DM , Gerente y equipo de desarrollo y resto de Stakeholders clave

<p>El PM deberá interactuar con la DM, la Unidad de gestión clínica, el gerente y el equipo de desarrollo e implementación activamente, de forma tal que cumpla con lo establecido y gestione cualquier cambio que se genere en el alcance, tiempo o presupuesto en el transcurso del desarrollo del proyecto.</p>					
<p>Gerente del Proyecto</p> <p>Actor Clave</p>	<p>Alto</p>	<p>Que el desarrollo del proyecto se realice de acuerdo al alcance, tiempo y presupuesto establecido.</p> <p>Que se logren cumplir los objetivos definidos.</p>	<p>Alto</p>	<p>Facultad de interactuar con el PM y el equipo de desarrollo y gestionar toma de decisiones</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Brindar medios y recursos ◀ Establecer prioridad y, objetivos Planificar, controlar. ◀ Informar al PM y equipo de desarrollo
<p><i>El Gerente del Proyecto deberá interactuar con el PM y equipo de desarrollo e implementación activamente, de forma tal que cumpla con lo establecido y gestione cualquier cambio que se genere en el alcance, tiempo o presupuesto en el transcurso del desarrollo del proyecto.</i></p>					
<p>Equipo de desarrollo e implementación</p> <p>Actor Clave</p>	<p>Alto</p>	<p>Que se desarrolle e implemente la unidad de práctica integrada para pacientes con DBT II con éxito cumpliendo con los tiempos, presupuesto, medidas de calidad y seguridad, medio ambiente y reglamentaciones establecidas</p>	<p>Alto</p>	<p>Radica principalmente en la capacidad de análisis, desarrollo e implementación de la unidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◀ Definir población, necesidades y rutas ◀ Definir el recurso humano ◀ Definir la instalación física ◀ Definir protocolos de actuación, medición, contabilidad de costos y política de incentivos. ◀ Presentar reportes del avance del desarrollo y de la implementación

El Equipo de desarrollo e implementación deberá interactuar con el PM y el Gerente del proyecto activamente y cumplir con lo establecido en el plan de proyecto.

<p>Equipo Multidisciplinario</p> <p>Actor Clave</p>	<p>Alto</p>	<p>Que se implemente y funciones exitosamente la unidad de práctica integrada para pacientes con DBT II</p>	<p>Alto</p>	<p>Radica principalmente en la responsabilidad en el funcionamiento de la unidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Responsables de la atención de la población Diana ◀ Establecer Feedback a los protocolos de actuación, medición, contabilidad de costos y política de incentivos.
-------------------------------------------------------------------	--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

El Equipo multidisciplinario es el responsable de la atención de la población. Deberá interactuar con el equipo de desarrollo e implementación, con el PM y el Gerente del proyecto, brindando el Feedback necesario para desarrollar los cambios necesarios durante la implementación y puesta en marcha del proyecto.

<p>Gerencia y equipo de Tecnología</p> <p>Actor Principal</p>	<p>Medio</p>	<p>Que se implemente el sistema informático requerido para la UPI para pacientes Diaéticos tipo II, cumpliendo con los tiempos, presupuesto, medidas de calidad, seguridad y reglamentaciones establecidas</p>	<p>Alto</p>	<p>Radica principalmente en que el análisis, desarrollo e implementación del sistema informático requerido, se encuentra bajo su responsabilidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Analizar y establecer soluciones informáticas requeridas para el funcionamiento de la UPI ▶ Establecer las necesidades de equipamiento y materiales, y solicitar a compras presupuestos para la adquisición de los mismos ▶ Presentar reportes del avance de la implementación
-----------------------------------------------------------------------------	---------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<ul style="list-style-type: none"> ▶ Realizar pruebas y testeos de equipamiento Hard y Software ▶ Presentar el fin de implementación del sistema
<p><i>El PM deberá gestionar al equipo de tecnología en forma activa de forma tal que cumpla con lo establecido y permanezca informado de cualquier cambio que se genere en el alcance, tiempo o presupuesto en el transcurso del desarrollo del proyecto.</i></p>					
<p>Gerencia y equipo de Recursos Humanos</p> <p>Actor Secundario</p>	<p>Bajo</p>	<p>Incorporar al personal de la empresa en el nuevo proyecto, favoreciendo nuevas competencias en el recurso y potenciando su sentir de pertenencia con la empresa</p>	<p>Medio</p>	<p>Proveer al proyecto de todos los recursos humanos para la ejecución del proyecto</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Establecer las competencias necesarias que deben poseer/adquirir las personas asignadas al proyecto ▶ Garantizar la disponibilidad del personal adecuado para el proyecto ▶ Gestionar los permisos y licencias del personal ▶ Gestionar Horas extras en caso de que fueran necesarias ▶ Gestionar Planes de capacitación para el personal asignado al proyecto ◀▶ Intercambiar información

					relacionada a los RRHH asignados al proyecto
--	--	--	--	--	----------------------------------------------

El PM deberá gestionar al sector de Recursos Humanos en forma activa de forma tal que éste garantice la disponibilidad de personal adecuado, capacitado y habilitado para participar en el proyecto. Asimismo se mantendrá un estrecho intercambio de información relacionado a los RRHH asignados y/o a asignar al proyecto de acuerdo al alcance, presupuesto y cronograma del Proyecto.

<p>Gerencia y equipo de Marketing</p> <p>Actor Clave</p>	<p>Alto</p>	<p>Que se disponga de mejores servicios de atención que puedan ser ofrecidos a clientes propios y a terceros</p> <p>Que se superen los estándares de calidad, seguridad y costo efectividad</p>	<p>Alto</p>	<p>Radica principalmente en ser el principal responsable de la planificación estratégica de la Institución</p> <p>Es el responsable de la venta a propios y terceros de las distintas modalidades de atención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aprobar el proyecto en el contexto del plan estratégico de la Institución ▶ Gestionar el marketing de la nueva modalidad de atención ◀ Gestionar la selección de potenciales nuevos clientes
------------------------------------------------------------------------	--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

El PM deberá gestionar a la Gerencia de Marketing para aprobar el proyecto en el marco del plan estratégico de la Institución y ofrecer a los clientes propios (plan de salud de la institución) y a terceros, la nueva modalidad de atención.

<p>Gerencia y equipo de Infraestructura</p> <p>Actor Principal</p>	<p>Medio</p>	<p>Que se finalice la obra de infraestructura cumpliendo con los tiempos, presupuesto, medidas de calidad, seguridad, medio ambiente y reglamentaciones establecidas</p>	<p>Medio</p>	<p>Radica principalmente en que la implementación requiere del espacio físico terminado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Establecer necesidades de materiales y solicitar a Compras presupuestos para la adquisición de los ◀ Presentar planos y reportes del avance de la obra ◀ Presentar y entregar la obra finalizada
----------------------------------------------------------------------------------	---------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

El PM deberá gestionar al equipo de la obra de infraestructura, en forma activa de forma tal que cumpla con lo establecido y permanezca informada de cualquier cambio que se genere en el alcance, tiempo o presupuesto en el transcurso del desarrollo del proyecto.

<p>Gerencia y equipo de Calidad y seguridad</p> <p>Actor Principal</p>	<p>Medio</p>	<p>Que el proyecto se desarrolle cumpliendo con los estándares de calidad y seguridad a los que suscribe la institución.</p>	<p>Medio</p>	<p>Su accionar podría afectar al desarrollo del proyecto en caso de que no se cumpla con las medidas de calidad y seguridad correspondientes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◀▶ Intercambiar información de calidad y seguridad del proyecto ◀ Asesorar y controlar aspectos de calidad y seguridad
--------------------------------------------------------------------------------------	---------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

El PM deberá intercambiar información con el Departamento de Calidad y seguridad para garantizar estándares de calidad y seguridad correspondientes que deban ser considerados para la ejecución del proyecto

<p>Empleados de la Institución</p> <p>Actor Secundario</p>	<p>Bajo</p>	<p>Obtener mejores beneficios a partir de una nueva modalidad de atención que redunde en beneficios para la institución (ej. Estabilidad económica, mayor cantidad de horas extras, nuevos puestos de trabajo, instalaciones modernas, etc.).</p>	<p>Bajo</p>	<p>Su accionar podría afectar al desarrollo del proyecto en caso de que por alguna razón decidieran no colaborar en el proyecto</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Informar sobre el proyecto. ▶ Brindar el espacio para que los empleados puedan expresarse sobre el proyecto. ▶ Brindar buenas condiciones de trabajo ◀ Presentar propuestas para mejorar el proyecto ◀ Cumplir con sus obligaciones en el proyecto
<p>El PM deberá gestionar a los empleados de la Institución relacionados directa o indirectamente con el proyecto.</p>					

4.7.3 Matriz de análisis de Stakeholders

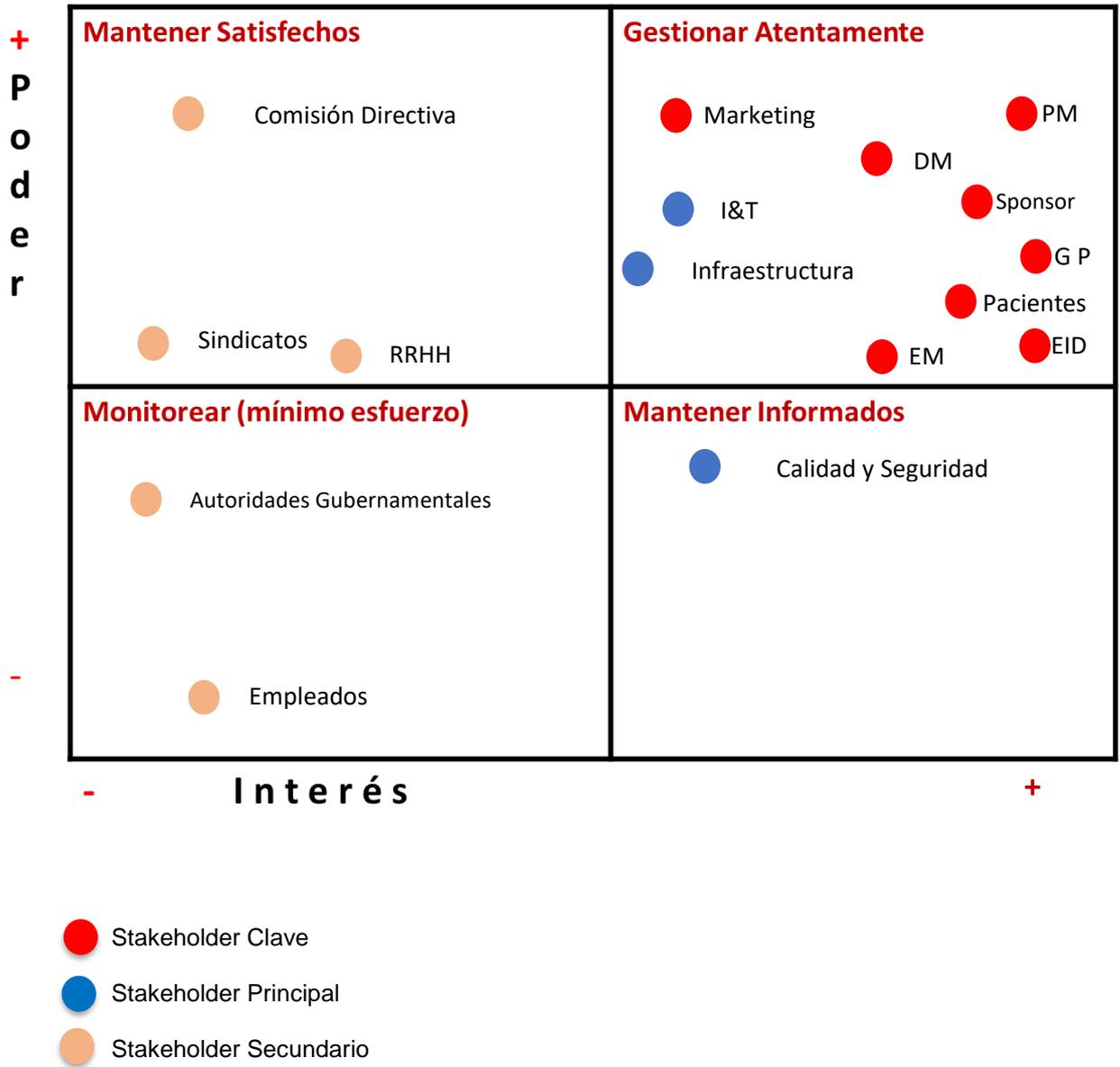


Figura 4.7.3 Matriz Poder-Influencia / Interés de Stakeholders. Fuente: elaboración propia

4.8 Gantt

Tabla 4.8 Gantt.

Fuente: elaboración propia.

	Nombre de la tarea	Duración	Inicio	Finalización	Predecesoras	Asignado a
1	Iniciación del Proyecto	21 d	31/01/2022	28/02/2022		Sponsor (UGM)
2	Designación de PM	6 d	7/02/2022	13/2/2022	1	Sponsor (UGM)
3	Project Charter	21 d	14/02/2022	14/3/2022	2	PM
4	Designación de Gerente y EDI	21 d	14/2/2022	14/3/2022	2	PM
5	WBS acordado	21 d	14/3/2022	10/4/2022	4	PM, GP, EID
6	Definir Población, Necesidades y rutas	21 d	11/4/2022	8/5/2022	5	EID
7	Definir solución informática	21 d	9/5/2022	5/6/2022	6	I&T
8	Instalación solución informática	21 d	6/6/2022	3/7/2022	7	I&T
9	Definir personal Sanitario y no sanitario	21 d	9/5/2022	5/6/2022	6	EID
10	Definir Instalación Física	11 d	6/6/2022	20/6/2022	6,7,9	EID
11	Plan de Infraestructura	21 d	20/6/2022	17/7/2022	10	Infraestructura
12	Finalización del plan de Infraestructura	21 d	18/7/2022	14/8/2022	11	Infraestructura
13	Protocolos de acceso y comunicación	21 d	20/6/2022	17/7/2022	5,6,9,10	I&T
14	Protocolos de atención	41 d	9/5/2022	3/7/2022	6	EID
15	Protocolos de agendas	21 d	6/6/2022	3/7/2022	9	EID
16	Definir resultados	11 d	4/7/2022	17/7/2022	14	EID
17	Definir protocolos de medición	11 d	18/7/2022	31/7/2022	16	EID
18	Definir modalidad de contabilidad de costos	21 d	18/7/2022	14/8/2022	9,14,15,16	EDI, GP, Expertos de apoyo
19	Determinar resultados que definirán Valor	11 d	18/7/2022	31/7/2022	16	EID
20	Definir nueva modalidad de pago	21 d	1/8/2022	28/8/2022	19	EID, GP, Expertos de apoyo
21	Inicio de la Prueba	11 d	29/8/2022	11/9/2022	20	PM
22	Entregables verificados	11 d	12/9/22	25/9/2022	21	PM
23	Inicio de la Operación		26/9/2022		21	PM, GP, EID, Equipo multidisciplinario

4.8.1 Gantt extendido

Tabla 4.8.1 Gantt extendido.

Fuente: elaboración propia.

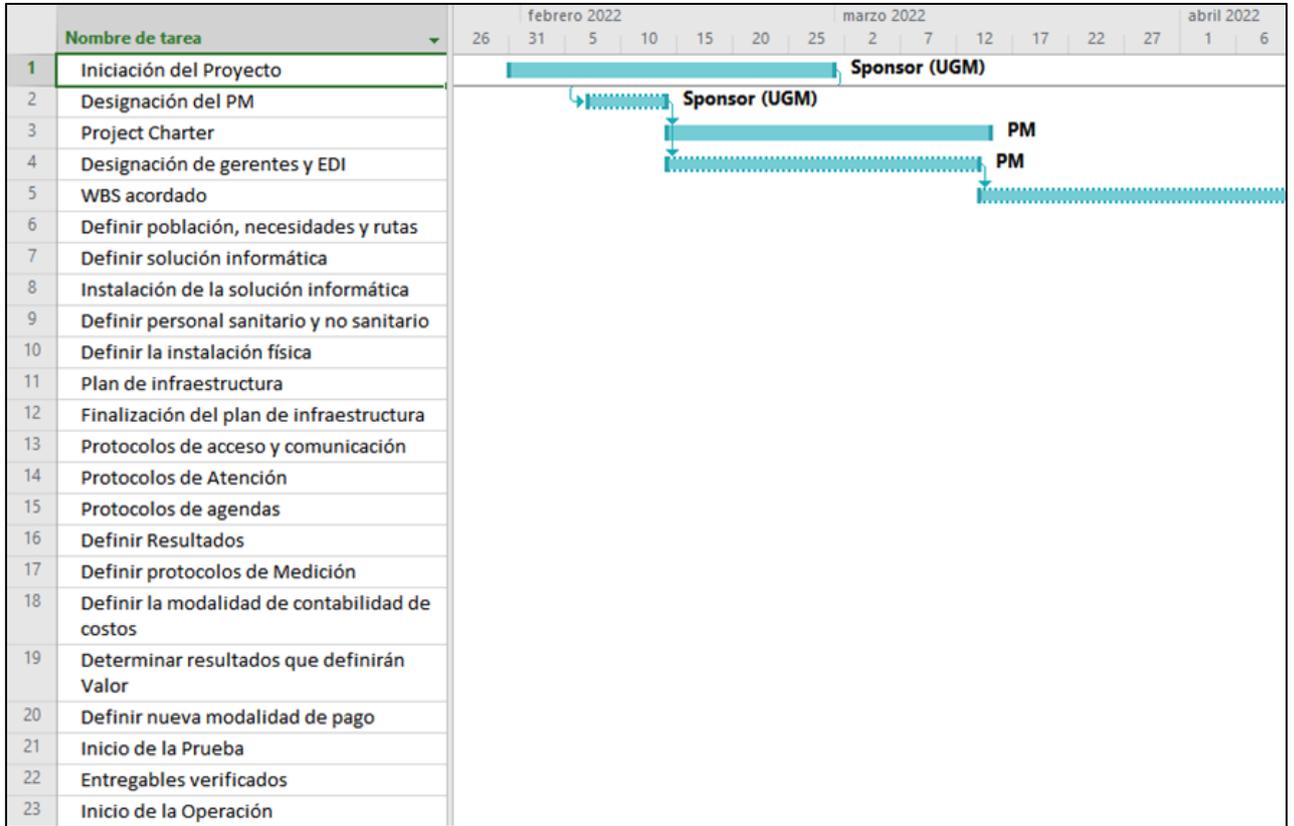


Tabla 4.8.2 Gantt extendido cont.
Fuente: elaboración propia.

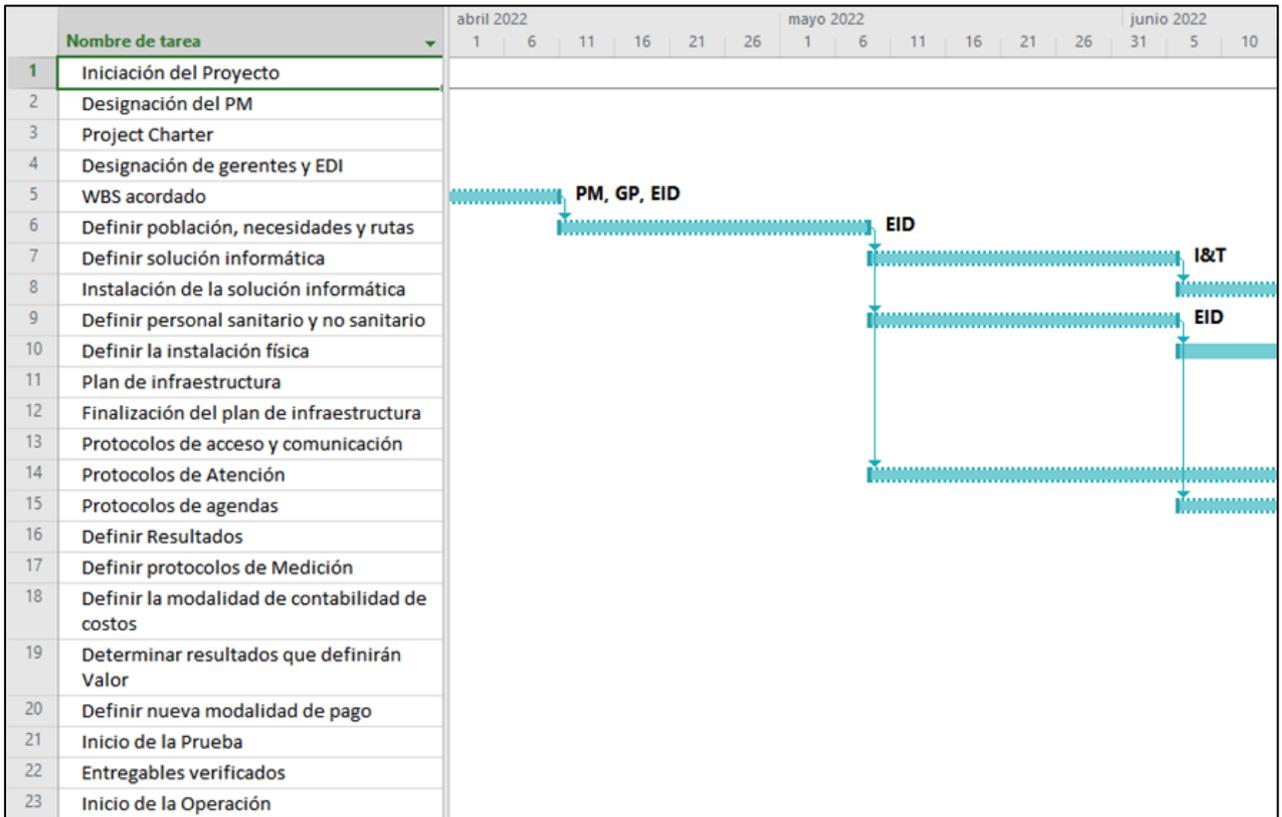


Tabla 4.8.3 Gantt extendido cont.
Fuente: elaboración propia.

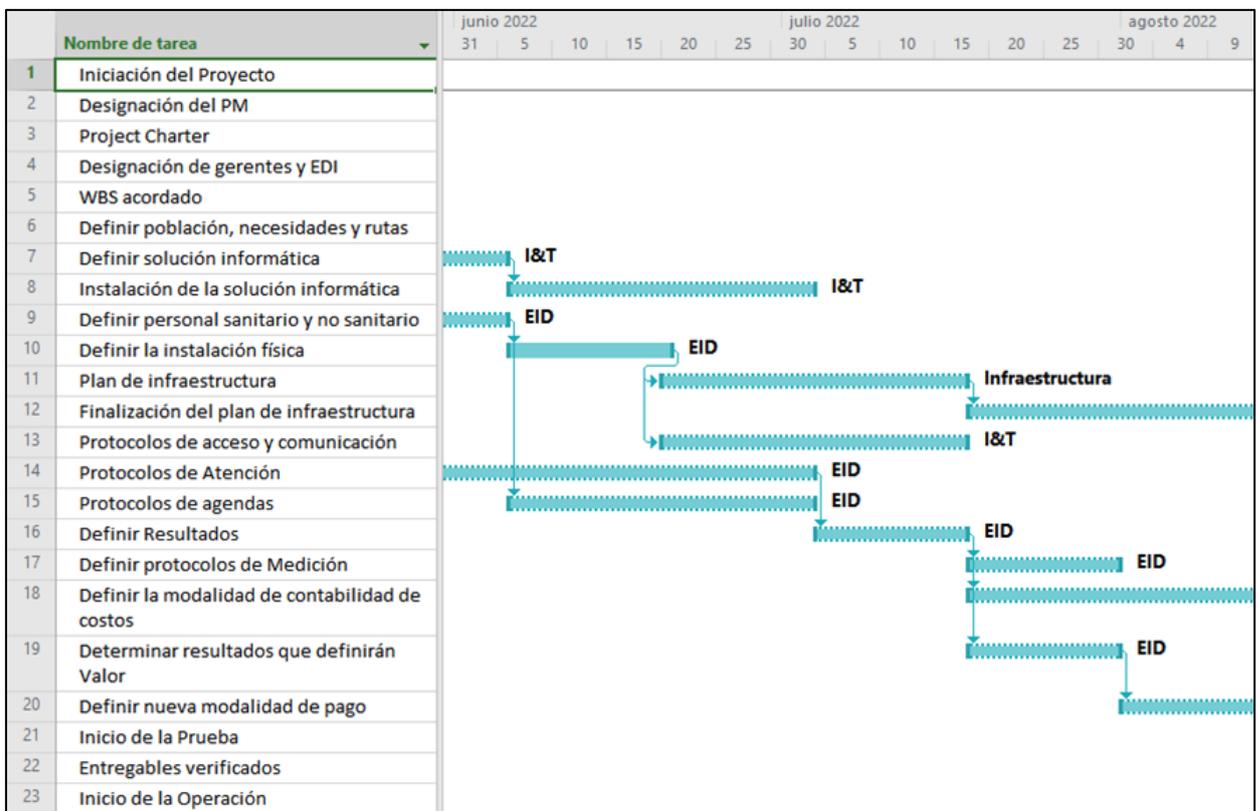
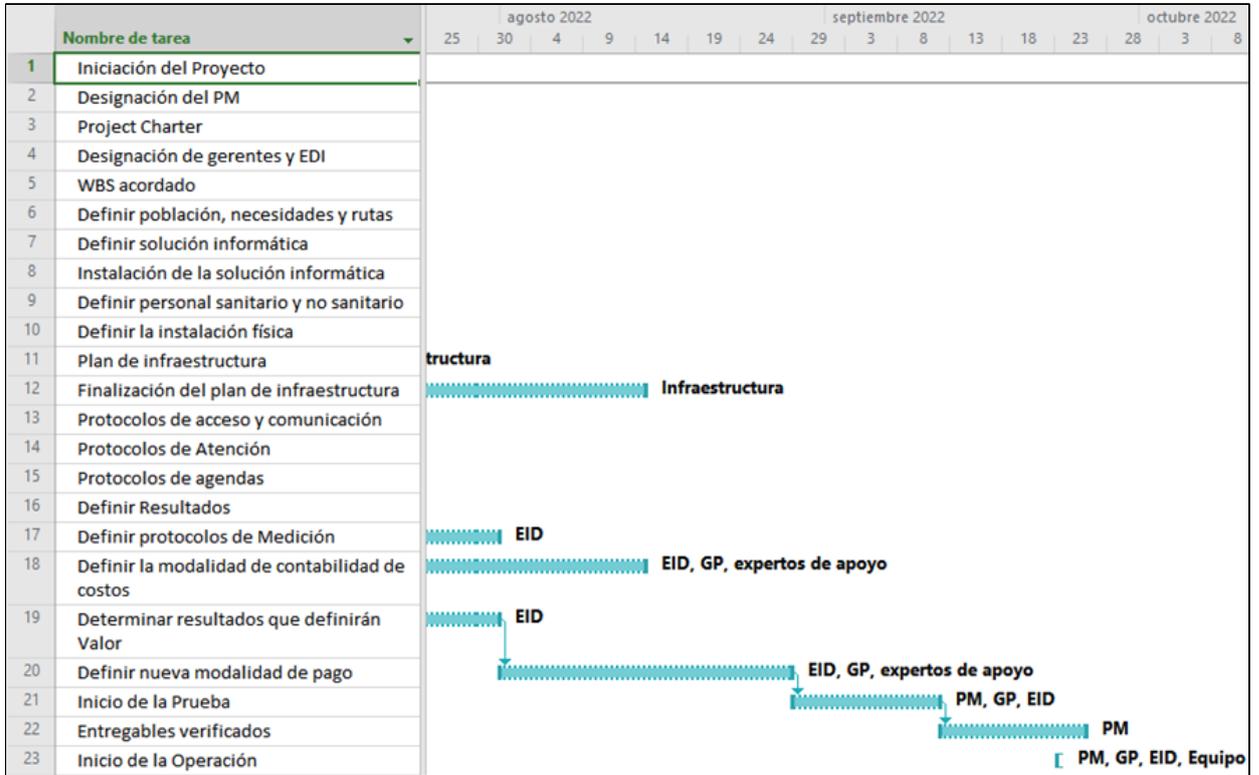


Tabla 4.8.4 Gantt extendido cont.

Fuente: elaboración propia.



5. Conclusiones

Tradicionalmente la industria de los servicios de Salud, evalúa la eficacia, eficiencia y costo-efectividad de cada prestación asistencial, por separado. El enfoque de Atención sanitaria basada en el valor (VBHC), pone énfasis en el resultado global, del conjunto del proceso asistencial, ofrecido a las personas o pacientes.

La Diabetes se encuentra entre las afecciones más prevalentes en la población. Mejorar el tratamiento de estas afecciones de alto volumen ofrece oportunidades para una mayor eficiencia y un gran impacto potencial en el gasto en atención médica.

El desarrollo de una Unidad de práctica integrada (UPI) para pacientes con DBT tipo II, requiere liderazgo y decisiones que aseguren los recursos adecuados y la descentralización, para que el equipo de la UPI decida dónde, cuándo, cómo y a quién se le brindará la atención. Los equipos de liderazgo deben estar disponibles para comunicaciones bilaterales con los grupos de trabajo, para resolver conflictos y evitar frente a la implementación del nuevo modelo, la resistencia al cambio.

La UPI basa su atención en las mejores prácticas actuales y en la evidencia científica para establecer un tratamiento clínico y conductual estandarizado, mediante la colaboración de equipos multidisciplinarios, evitando la falta de accesibilidad, la variabilidad y la atención fragmentada entre múltiples médicos y personal asistencial. Acordar los resultados importantes para los pacientes y los procesos utilizados para medirlos, permite establecer indicadores que sean aceptados tanto por la comunidad clínica como por los pacientes.

Mejorar los indicadores que se proponen en este documento, que involucran no solo el estado de salud alcanzado, sino también el proceso de atención y la sostenibilidad de la salud (página 58 y 59), permitirá determinar cuán efectiva y eficiente es la actuación del equipo y si las innovaciones en la atención, están impulsando una mejora real.

En las UPI, los proveedores establecen modelos más eficientes, centrados en las necesidades de las personas, lo cual favorece un número creciente de pacientes e ingresos. En un entorno de trabajo en el que un equipo multidisciplinario brinda atención especializada a escala, con alto nivel de eficiencia, es más fácil atraer y retener a los mejores médicos, creando verdaderos círculos virtuosos de atención sanitaria.

En este escenario, los financiadores pueden ofrecer a sus clientes una atención excepcional a precios justos y sostenibles y un modelo de pago basado en resultados y contratos de riesgo compartido, que permitan a los proveedores ahorrar dinero debido a menos complicaciones y hospitalizaciones.

Las mayores barreras para las UPI incluyen, el sistema de pago por servicio que premia la fragmentación de la atención, la estructura organizativa de los proveedores alrededor de médicos y especialidades en lugar de pacientes (silos), la falta de datos rigurosos sobre los resultados reales de los pacientes, los sistemas informáticos que no permitan el monitoreo y la comunicación personalizada con los pacientes y entre el personal sanitario, los costos reales y las inversiones necesarias en instalaciones y equipos adecuados cuando, como ocurre actualmente, los márgenes financieros son reducidos.

Enfrentar el desafío es arduo pero necesario. Rediseñar el proceso asistencial hacia la generación de valor, requerirá de visión, liderazgo, un esfuerzo fenomenal y compromiso a muy largo plazo.

6. Bibliografía

1. World Health Organization (2000). The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization.
2. PAHO/WHO (2007). Health in the Americas, 2007 (Vol. I). Washington, D.C.: PAHO/WHO.
3. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (resolución CD53.R14) [consultado el 26 de octubre del 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R14-s.pdf>.
4. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (documento CD53/5, Rev. 2) [consultado el 26 de octubre del 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>.
5. WHO (2007). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: WHO.
6. WHO (2000). The World health report 2000: health systems, improving performance. Geneva: WHO.
7. WHO (2008). The World health report 2008: Primary health care: now more than ever. Geneva: WHO
8. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4). OPS.
https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307
9. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros / 1a ed. - Buenos Aires : Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD, 2011.

<https://www.paho.org/arg/images/Gallery/publicaciones/El%20sistema%20de%20salud%20ar gentino%20-%20pnud%20ops%20cepal.pdf>

10. Sutherland K, Levesque J. Unwarranted clinical variation in health care: Definitions and proposal of an analytic framework. *J Eval Clin Pract.* 2020;26: 687–696.

<https://doi.org/10.1111/jep.13181>

11. Corallo AN, Croxford R, Goodman DC, Bryan EL, Srivastava D, Stukel TAA. Systematic review of medical practice variation in OECD countries. *Health policy (Amsterdam, Netherlands).* 2014;114(1):5-14.

12. Porter ME, Teisberg E. *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results.* Harvard Business School Press; 2006

13. Porter ME. What is value In health care? *The New England Journal of Medicine.* 2010;363:26

14. Value-based healthcare in Catalonia. Challenges and opportunities to contribute to the future. The Catalan Agency for Healthcare Quality and Assessment (AQuAS).

<https://www.europeanallianceforvalueinhealth.eu/publication/value-based-healthcare-in-catalonia-challenges-and-opportunities-to-contribute-to-the-future/>

15. Porter ME. A strategy for health care reform – Toward a value-based system. *The New England Journal of Medicine.* 2009;361:2

16. Quality of Care A process for making strategic choices in health systems. World Health Organization 2006.

https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf

17. Donabedian A. *An introduction to quality assurance in health care.* Oxford: Oxford University Press; 2002. Google Scholar

18. Porter ME, Teisberg EO. How physicians can change the future of health care. *Journal of the American Medical Association.* 2007;297(10):1103-1111. DOI: 10.1001/jama.297.10.1103

19. Ramos P. Value-Based HealthCare. DOI: 10.5772/intechopen.93378.

<https://www.intechopen.com/online-first/value-based-healthcare>

20. Valencia-Mayer C. Atención en salud basada en el valor: retos y oportunidades. *Rev. salud. Bosque.* 2019;9(2):35-46 DOI: <https://doi.org/10.18270/rsb.v9i2.2806>

21. Berwick DM, James B, Coye MJ. Connections between quality measurement and improvement. *Medical Care*. 2003;41(suppl):I30-I38
22. Porter ME, Lee TH. The Strategy That Will Fix Health Care. *Harvard Business Review*; 2013. Available from: <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>
23. Porter ME, Larsson S, Lee TH. Standardizing patient outcomes measurement. *The New England Journal of Medicine*. 2016;374:6. DOI: 10.1056/NEJMp1511701
24. Kaplan R, Porter ME. The Big Idea: How to Solve the Cost Crisis in Health Care. <https://hbr.org/2011/09/how-to-solve-the-cost-crisis-in-health-care>
25. Cattel D, Eijkenaar F. Value-base provider payment initiatives combining global payments with explicit quality incentives: A systematic review. *Medical Care Research and Review*. 2019. DOI: 10.1177/1077558719856775.
26. Cattel D, Eijkenaar F, Schut F. Value-based provider payment: towards a theoretically preferred design. *Health Economics, Policy and Law* (2018), page 1- 19. <https://doi.org/10.1017/S1744133118000397>
27. Porter M, Lee T, MD, Murray A. Value-Based Geography Model of Care. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery* 2020; 02 DOI: <https://doi.org/10.1056/CAT.19.1130>
28. Feeley T, Landman Z, MD, Porter M. The Agenda for the Next Generation of Health Care Information Technology. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery* Vol. 1 No. 3 | April 15, 2020. DOI: 10.1056/CAT.20.0132
29. Alnofeye J, Abid M. Impact and Implementation of information and communication technology in Value Based Health Care: A systematic Review. *Merit Research Journal of Medicine and Medical Sciences* Vol. 7(9) pp. 339-347, September, 2019. <http://www.meritresearchjournals.org/mms/index.htm>. DOI: 10.5281/zenodo.3470911
30. Porter M, Lee T. Integrated Practice Units: A Playbook for Health Care Leaders. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*. Vol. 2 No. 1 | January 2021. DOI: <https://doi.org/10.1056/CAT.20.0237>
31. Porter M, Pabo E, Lee T. Redesigning primary care: A strategic vision to improve value by organizing patients needs. *Health Affairs*. 2013;32(3):516-525. DOI: 10.1377/hlthaff.2012.0961
32. Gerardi D, Scott Ch. A Strategic Approach for Managing Conflict in Hospitals: Responding to the Joint Commission Leadership Standard, Part 2, 37 *Joint Commission Journal on Quality and*

Patient Safety 70 (2011). Available at:
https://repository.uchastings.edu/faculty_scholarship/1618

33. Malik RF, Hilders CGJM, Scheele F. Do 'physicians in the lead' support a holistic healthcare delivery approach? A qualitative analysis of stakeholders' perspectives. *BMJ Open* 2018;8:e020739. doi:10.1136/bmjopen-2017-020739

34. Van Dulmen SA, Naaktgeboren CA, Heus P, et al. Barriers and facilitators to reduce low-value care: a qualitative evidence synthesis. *BMJ Open* 2020;10:e040025. doi:10.1136/bmjopen-2020-040025

35. Hammill A, Crawford A, Craig R, Malpas R, Matthew R. Conflict-Sensitive Conservation Practitioners' Manual. International Institute for Sustainable Development Head Office.
https://www.iisd.org/system/files/publications/csc_manual.pdf?q=sites/default/files/publications/csc_manual.pdf

36. <https://www.who.int/features/factfiles/diabetes/es/>

37. <https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/diabetes#:~:text=Se%20estima%20que%20%20de,la%20padecen%20desconocen%20su%20condici%C3%B3n.>

38. American Diabetes Association. Statistics about diabetes..www.diabetes.org/diabetes-basics/statistics Accessed May 1, 2017.

39. <https://www.diabetes.org/resources/statistics/cost-diabetes#:~:text=Conclusion,that%20diabetes%20imposes%20on%20society.>

40. Agency for Healthcare Research and Quality. 2011 National Healthcare Quality Report. Chapter 9: Access to care. October 2014.
www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/nhqr11/chap9.html Accessed June 5, 2017.

41. https://diabeter.nl/media/cms_page_media/130/Value%20Based%20Healthcare%20Diabet%20White%20Paper.pdf

42. <https://www.hfma.org.uk/docs/default-source/our-networks/healthcare-costing-for-value-institute/case-studies/camden-ccg-case-study---final.pdf?sfvrsn=2>

43. Porter M, Lee T. Integrated Practice Units: A Playbook for Health Care Leaders. , January 2021 Vol. 2 No. 1 *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery* 2021; 01
DOI:<https://doi.org/10.1056/CAT.20.0237>

44. PARR: Combined predictive model final report December 2006.
https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_document/PARR-combined-predictive-model-final-report-dec06.pdf
45. Rotter T, Kinsman L, James E y col. Vías clínicas: efectos en la práctica profesional, resultados de los pacientes, duración de la estancia y costes hospitalarios. Cochrane Database Syst Rev 2010; (3): CD006632.
46. Porter ME, Kaplan RS. How to pay for health care. Harvard Business Review. July-August 2016. <https://hbr.org/2016/07/how-to-pay-for-health-care>.
47. Farooqi M. Streamlining patient Care: Patient flow through a Diabetes Center
http://dnnyqetna.blob.core.windows.net/portals/15/3-%20Streamlining_Patient_Care.pdf?sv=2017-04-17&sr=b&si=DNNFileManagerPolicy&sig=Tjk59x5KcZe5AgtIaxIfoI6WfvgFijRNI8Ish7GTfII%3D
48. Masyuko S, Ngongo CJ, Smith C, NugentR (2021) Patient-reported outcomes for diabetes and hypertension care in low- and middle-income countries: A scoping review. PLoS ONE 16(1):e0245269. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245269>
49. Porter M . Outcome Measurement.
https://www.hbs.edu/ris/Publication%20Files/Website_Outcomes%20Measurement_737ae94d-f1b3-48ed-a789-025766d63670.pdf

7. Índice de Tablas

Tabla 2.2.1 Categoría de conflictos	31
Tabla 2.2.2.1 Impacto del conflicto en las personas y en el proyecto	36
Tabla 2.2.2.2 Matriz de Impactos. Conflictos de alta, media y baja prioridad	37
Tabla 2.2.2.3 Selección de conflictos priorizados en función a impacto y viabilidad	38
Tabla 2.2.3.1 Resumen de conflicto central, causas y efectos	39
Tabla 2.2.3.3 Perfil de las partes interesadas en la implementación de UPI	42
Tabla 2.3.1 Actividades para reducir los riesgos de conflicto en base al árbol de conflicto	43
Tabla 2.3.2 Actividades para reducir los riesgos de conflicto en base al mapa de conflicto	43
Tabla 2.3.3 Actividades para reducir los riesgos de conflicto en base al perfil de actores	44
Tabla 3.2.2.4 Criterios de Inclusión de la población diana	50
Tabla 3.2.2.5 Necesidades de la población Diana	53
Tabla 3.2.2.7 Personal de la UPI	55
Tabla 3.2.2.11.1 Nivel 1. Resultados a evaluar e indicadores a medir	58
Tabla 3.2.2.11.2 Nivel 2. Resultados a evaluar e indicadores a medir	58
Tabla 3.2.2.11.3 Nivel 3. Resultados a evaluar e indicadores a medir	59
Tabla 4.3.1.4 Descripción, responsables y validación de Entregables	66
Tabla 4.4 Fecha estimada de Hitos principales	72
Tabla 4.6 Conflicto, impacto, factibilidad y plan de mitigación	73
Tabla 4.7.2 Análisis de interés e Influencia de los Stakeholders	75
Tabla 4.8 Gantt	86
Tabla 4.8.1 Gantt extendido	97
Tabla 4.8.2 Gantt extendido cont.	88
Tabla 4.8.3 Gantt extendido cont.	89
Tabla 4.8.4 Gantt extendido cont.	90

8. Índice de Figuras

Figura 2.2.3.1	Mapa de conflicto en la implementación de UPI	40
Figura 3.2.2.2	Estructura de Liderazgo	49
Figura 3.2.2.3	Equipo líder	50
Figura 3.2.2.5.1	Continuidad de la enfermedad crónica	51
Figura 4.5	Organigrama	73
Figura 3.2.2.5.2	Volumen de pacientes y soporte asistencial en la enfermedad crónica	52
Figura 3.2.2.6	Ruta Asistencial DBT II. Componentes de una visita usual	54
Figura 3.2.2.12.1	El escenario de la medición. Porter M. Outcome Measurement	60
Figura 3.2.2.12.2	Herramientas digitales para recopilación de datos eficiente	60
Figura 4.3.2.	Estructura WBS	69
Figura 4.7.3	Matriz Poder-Influencia / Interés de Stakeholders	85

9. Glosario de Términos

Ad hoc. Es una locución latina que significa literalmente «para esto». Generalmente se refiere a una solución elaborada específicamente para un problema o fin preciso y, por tanto, no es generalizable ni utilizable para otros propósitos. Se usa para referirse a algo que es adecuado sólo para un determinado fin.

Ecosistema en salud. La creación de ecosistemas en los sectores industriales genera fuerzas enfocadas en la disrupción e innovación de los productos y/o servicios que se entregan. Los ecosistemas en salud tienen el potencial de generar experiencias personalizadas e integradas para los usuarios, optimizar la productividad, disminuir las ineficiencias, mejorar el relacionamiento y lo más importante generar mejores resultados con un mejor equilibrio en el costo financiero.

Evento adverso. Un Evento Adverso en salud, son las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención sanitaria, las cuales son más atribuibles a ésta, que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos.

ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement). Es una organización internacional sin fines de lucro, cuya misión es impulsar el potencial de la atención de la salud basada en valor mediante la definición de conjuntos estándar globales de medidas de resultado que realmente importan a las personas e impulsando la adopción y la presentación de informes de estas medidas en todo el mundo.

The International Institute for Sustainable Development (IISD). Es una organización formada por un grupo de expertos independientes, cuya misión es acelerar soluciones para un alcanzar clima estable, recursos sostenibles y economías justas.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Es el organismo de las Naciones Unidas especializado en salud, integrado por 194 Estados Miembros. Constituyen la autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional en el sistema de las Naciones Unidas.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Es la organización internacional especializada en salud pública de las Américas, integrada por 51 Estados Miembros. Brinda cooperación técnica en salud a sus países miembros, combate las enfermedades transmisibles y ataca los padecimientos crónicos y sus causas, fortalece los sistemas de salud y da respuesta ante situaciones de emergencia y desastres.

PREM (Patient Reported Experience Measure). Son indicadores que miden la satisfacción del paciente, referente a la experiencia en todo el ciclo de atención.

PROM (Patient-Reported Outcome Measure). Son indicadores que miden la calidad de vida general y funcional del paciente, del efecto y de la eficacia del tratamiento y también de la necesidad de rehospitalización, entre otros.

Time Driven Activity Based Costing (TDABC). Es una metodología de cómputo de costos que calcula el importe de los recursos consumidos a medida que un paciente avanza a lo largo de un proceso de atención. Un equipo multidisciplinario crea mapas de procesos que describen el ciclo atención y delinea el tiempo de cada una de las actividades requeridas.

TI (Tecnología de la Información). La tecnología de la información se refiere a los procesos que utilizan una combinación de medios y métodos de recopilación, procesamiento y transmisión de datos para obtener nueva información de calidad sobre el estado de un objeto, proceso o fenómeno. El propósito de la tecnología de la información es la producción de información para su análisis por las personas y la toma de decisiones sobre la base de la misma para realizar una acción.

Unidades de Práctica Integradas (UPI). Son estructuras organizadas alrededor del paciente, que brindan el ciclo completo de atención para una afección médica, incluida la educación, la participación y el seguimiento del paciente, y abarcan la atención hospitalaria, ambulatoria y de rehabilitación, así como servicios de apoyo.

Valor. El valor en la atención médica se define como resultados que importan a los pacientes en función de los costos. Según el modelo de VBHC, la creación de valor debería estar especialmente orientada hacia el paciente. El valor se crea en la interacción entre pacientes y familiares y equipos profesionales. Se mide considerando los resultados que importan a los pacientes y los costos derivados de todo el proceso asistencial. La creación de valor es una tarea de equipo, que requiere que las estructuras y los cambios organizativos permitan adoptar prácticas colaborativas centradas en el paciente.

Value-Based Health Care (VBHC). Es un modelo de atención sanitaria que orienta la práctica asistencial hacia aquellas actividades que generen los mejores resultados en salud posibles, que sean relevantes para el paciente, por cada unidad de gasto producida. El enfoque del VBHC pone énfasis en el resultado global del conjunto del proceso asistencial realizado sobre las personas o pacientes (recuperación parcial o completa del estado de salud, proceso de recuperación y

sostenibilidad de la salud recuperada). Y esto lo hace en relación a los esfuerzos realizados (conjunto de costes incurridos para alcanzar dichos resultados).