

TRABAJO DE GRADO

LIDERAZGO EN LA EDUCACIÓN EN SALUD DE LAS EAPB A SUS AFILIADOS, COMO ELEMENTOS PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD

Estudiante: David Camilo Avellaneda Morales

Docente Tutor:

Fabián Gerardo Díaz Garzón

Maestría en Administración de Empresas de Salud

Facultad de Administración, Finanzas y Ciencias Económicas

Universidad EAN

Bogotá, D.C. Colombia – mayo 2019

Tabla de contenido

MARCO TEÓRICO	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
MARCO METODOLÓGICO	14
Metodología de teoría fundada	14
Metodología de transferencia de conocimientos y transferencia de tecnologías	16
Investigación aplicada a la resolución de problemas locales	19
PROPUESTA DE SOLUCIÓN	21
CONCLUSIONES	33
RECOMENDACIONES	36
BIBLIOGRAFÍA	43
FIGURAS	
Figura 1. Normatividad de salud – Colombia 2019	4
Figura 2. Variables adquiridas en procesos de transferencia conocimiento.	38
Figura 3. Modelo de gestión del riesgo en salud a través de transferencia de conocimiento	40

MARCO TEÓRICO

Colombia es un país con un sistema de salud regulado por la ley 100 del 1993 donde se establece el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), el cual tiene como objetivo regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente del país, en todos los niveles de atención, esto a través del Ministerio de Salud y Protección Social, quien actúa como organismo de coordinación, dirección y control; las Entidades Administradoras De Planes De Beneficios (EAPB), responsables de la afiliación y el recaudo de las cotizaciones y de garantizar la prestación del Plan de beneficios de Salud a los afiliados; y las instituciones prestadoras de salud (IPS), que son los hospitales, clínicas y laboratorios, entre otros, encargadas de prestar la atención a los usuarios (Minsalud, Aseguramiento al sistema general de seguridad social en salud, 2015). De igual manera Colombia y su sistema de salud está regulado por una serie de normativas que han dictado algunas creaciones, disposiciones, modificaciones y reformas a dicho sistema en búsqueda de garantizar el goce pleno de la salud de todos los colombianos, con apoyo en la pirámide de Kelsen (ilustración 1), se dan a conocer algunas de las normatividad vigentes sino las más relevantes y por la cual está regulada todas las acciones y/o actividades que se ejerzan en todo el territorio nacional en razón a la salud integral, se nombra integral ya que la ley 1751 establece al estado como responsable de la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud; mediante acceso a servicios de salud oportuno, eficaz y con calidad, el cual debe adoptar políticas para asegurar la igualdad de trato, de oportunidades

en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

Figura 1 Normatividad de salud – Colombia 2019. Elaboración propia del autor.



Dicho estado planea y ejecuta en la actualidad algunos planes y políticas en salud para la búsqueda permanente de provisión oportuna de servicios de salud, reducción de desigualdades, cobertura nacional, continuidad y seguimiento a los servicios prestados en salud, los más importantes que se mencionaran en este documento serán el plan decenal de salud pública 2012 – 2021 y la Política Integral De Atención En Salud (PAIS), el primero que se caracteriza por su visión y misión de cumplir los con tres objetivos

estratégicos, donde uno de ellos es mantener la cero tolerancia con la mortalidad y la discapacidad prevenible; por otro lado tres metas estratégicas como lo es la mitigación de los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida; y por ultimo las tres líneas operativas que actúan en salud pública – promoción de la salud y gestión del riesgo en salud, todas estas abordadas desde las ocho dimensiones prioritarias del individuo, en razón a la política PAIS cuyo objetivo general es orientar el sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”, cuyo propósito es crear integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población en todos los territorios en que se desarrollan, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del sistema de salud alrededor del ciudadano como objetivo del mismo (Minsalud, PAIS, 2018). Esta política en salud pretende lograr la búsqueda efectiva de la salud integral en salud por medio enfoques que permitan abordar desde diferentes perspectivas al individuo y su familia los cuales son: cuidado de la salud – salud familiar y comunitaria – enfoque diferencial y gestión integral de riesgo en salud (GIRS), este último esencial para el análisis del presente informe. Las GIRS son una estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud, que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y

comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población. La GIRS se anticipa a las enfermedades y los traumatismos para que éstos no se presenten o se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias. El objetivo de la estrategia es el logro de un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y unos costos acordes a los resultados obtenidos (MinSalud, 2018). Tal como se mencionó anteriormente las EAPB son las encargadas de la gestión del riesgo en salud de sus afiliados que cada día demandan más servicios en salud tanto para ellos como para sus familias, y es ahí donde el rol de líder de cada una de las empresas administradoras de beneficios en salud empieza a jugar un papel fundamental en análisis de la siniestralidad en salud de la población afiliada, es decir; gestionar el riesgo en salud es en primera medida lograr visualizar aquellos baches financieros, operacionales, reputacionales y técnicos que interrumpen el logro de los objetivos propuestos por el aseguramiento, el riesgo técnico corresponde a la variación en el costo de la atención, explicado por factores relacionados mayormente con decisiones y conductas asumidas por el prestador en el tratamiento de una condición médica, no soportada por la evidencia científica (Castaño, 2014). El MSPS junto con la superintendencia nacional de salud (SNS) la cual realiza la inspección, vigilancia y control de los actores en salud, han definido categorías para “la identificación de potenciales riesgos de salud financieros y operativos que enfrentan las entidades vigiladas, así como su capacidad para medir, gestionar y monitorear dichos riesgos” (Salud, 2018) tales como riesgo en salud, riesgo actuarial,

riesgos financieros, riesgo operacional, riesgo de grupo, riesgo reputacional, riesgo de fallas del mercado de la salud y riesgo de lavados de activos y financiación del terrorismo, todos estos afectan el riesgo en salud y la probabilidad de no obtener los resultados esperados en salud. Es el caso particular y específico del riesgo operacional de las EAPB, donde su modelo de atención, su red de servicios, su deficiencia en recursos humanos, sus procesos, tecnologías de información - comunicación y cultura organizacional marcan un sello en el futuro de la salud de sus afiliados y tal como se nombro es donde el rol de líderes que debe ejercer sus directivas, personal administrativo y operacional influye directa e indirectamente en la salud de sus usuarios. Cuando se nombra el concepto de líder se debe pensar en un individuo que tenga habilidades, destrezas, fortalezas y virtudes como lo podrían ser características de tipo influenciador (cambia las maneras de pensar), visionario (sabe la segunda jugada), empatía, inteligencia emocional, estratega: (con un fin u objetivo definido), serenidad bajo presión, adaptabilidad ante cambio del entorno, habilidad profesional: (tener conocimiento en la materia), comunicación: lenguaje claro para todos, innovador, inconformista, triunfador, generoso, coherente, facilitador, racional, perseverante, humilde, con ética, honesto (ForoEuropeo, 2019), y así un sin número de cualidades que se podrían nombrar, sin embargo el liderazgo ha sido definido de múltiples maneras en función de la importancia que cada autor ha concedido a las variables que intervinieron en el proceso. Así, hay definiciones orientadas a las cualidades del líder, otras que hacen referencia a las situaciones en las que se ejerce el liderazgo, podemos decir que el liderazgo es la

actividad de influenciar a la gente para que contribuya voluntariamente en la consecución de los objetivos del grupo. Es decir, el liderazgo es la capacidad de lograr que las personas lo sigan a uno y que hagan voluntariamente las cosas que el líder apunta. (Flamarique, 2018). En todos los ámbitos y sectores de la salud y sobre todo en las aseguradoras en salud, cada individuo que ejerce un papel o un rol determinado debe ser capaz de liderar su proceso o su actividad y tener la certeza que el mensaje que quiere o que quiso dar fue recepcionado de la mejor manera, como dijo Confucio “el mensaje fue visto y entendido y fue hecho y aprendido”, y para lograr esto se debe trabajar arduamente en la comunicación asertiva y efectiva entre el asegurado y su aseguradora entendiéndose esta comunicación como una sinergia de actos y elementos que permiten obtener un resultado en salud satisfactorio, ejemplo de ello son los afiliados con patologías crónicas, cancerígenas y degenerativas donde la comunicación entre el afiliado y rol asegurador y rol prestador debe ser constante, tanto para conocer e interiorizar los riesgos asumidos por el proceso de la enfermedad que se está cursando, como para las consecuencias a los cuales se ve inmerso; desafortunadamente esta comunicación a lo largo del tiempo se ha visto obstaculizada por diferentes factores internos y externos y es cuando vemos indicadores en salud dados por el Departamento Administrativo Nacional De Estadística (DANE) donde indican que después de 15 años de implementarse la ley 100 de 1993, en el 2008 con una población total de 45.508.205 habitantes hubo 196.943 muertes en las cuales las cinco principales primeras causas de muerte fueron 1. enfermedades isquémicas del corazón, 2. enfermedades cerebrovasculares en mujeres y

Agresiones (Homicidios) en hombres, 3. enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, 4. diabetes mellitus, 5. Accidentes de tránsito, una tasa de mortalidad infantil de 20.6, una razón de mortalidad materna de 62.7 y una esperanza de vida del quinquenio 2005-2010 de 74 años (Guerrero, 2011), para el 2017 el DANE informa que los nacimientos en el territorio nacional, pasaron de 715.453 en 2008 a 656.704 en 2017, donde en el 72,1% de los casos de nacimiento las madres fueron mujeres de entre 15 a 29 años de edad. Y aún lo más preocupante es el dato del año 2017 donde el DANE en su informe de estadísticas vitales 2107 muestra que en los últimos 10 años analizados en Colombia hay una tendencia creciente en las defunciones no fetales, pasando de 196.943 en 2008 a 227.624 en 2017 persistiendo las tres primeras causas de muerte del 2008, con cambio en la posición cuarta donde se ubica las Agresiones (Homicidios) y quinta la Infecciones respiratorias agudas, la diabetes mellitus paso a la séptima posición, también las muertes fetales muestran tendencia creciente pasando de 31.582 en 2008 a 44.488 en 2017, un incremento total entre el 2008 y 2017 que fue de 12.906 defunciones fetales, con incremento del promedio anual de 1.434, donde en el 64,2% de los casos de muerte fetal, las madres eran mujeres de entre 15 a 29 años. No es de extrañarse que el nivel educativo influye directamente en este dato de nacimientos y defunciones, el 72,3% de los nacimientos fueron de madres cuyo nivel educativo máximo era el grado once, donde un 35% representa muerte fetal con nivel educativo de madres inferior a básica secundaria, ahora por el lado de defunciones el 74.8 % de defunciones no fetales corresponden a individuos con nivel educativo inferior a profesional, siendo el 55% de

ese 74.8% un nivel educativo inferior a quinto de primaria y un 41% sobre el total de defunciones registradas en el 2017 (227.624), lo cual muestra una tendencia creciente en las defunciones no fatales en los 10 años analizados, En relación con el sexo del fallecido, el 55,1% fueron hombres y el 44,9%, con mayor prevalencia en Bogotá D.C - Antioquia - Atlántico y Santander, siendo estos los que aportan un 53,34% de las muertes ocurridas durante el 2017, y el mayor número de defunciones se concentró en edades superiores a los 60 años de edad, (DANE, 2018). Al analizar los datos anteriormente mencionados nos podemos dar cuenta que la mayoría de eventos fueron por causas y riesgos ya conocidos por todos los actores en salud (paciente – prestador – asegurador – estado) y que por falta de conocimiento, seguimiento, control y educación de la carga de la enfermedad nuestra esperanza de vida cada vez más va en declive, y sí logramos hilar aún más delgado podríamos visualizar que aquellas personas que murieron a los 60 años de edad tuvieron la oportunidad de recibir algún tipo de información o servicio en salud con respecto a su enfermedad pero al parecer no suficiente para lograr mitigar los efectos que estas enfermedades crónicas como las cardiovasculares y respiratorias que afectan a nuestra sociedad. y es aquí donde empiezan a surgir innumerables cuestionamientos en razón a ¿realmente las EAPB van de la mano con los objetivos y metas estratégicas del plan decenal de salud en cuanto a cero tolerancia a la mortalidad y discapacidad prevenible?, ¿Cómo las EAPB visualizan el riesgo en salud de sus afiliados o solo vislumbran el riesgo financiero y operacional de sus organizaciones?, de ser afirmativa el cuestionamiento anterior surgiría el siguiente interrogante ¿Qué

hacen las EAPB cuando identifican el riesgo en salud de sus afiliados? ¿trabajan en acciones fundamentadas en la atención primaria en salud? ¿ante cualquier contacto con el asegurado generan espacios de educación y concientización de la enfermedad que padece? ¿las EAPB trabajan en el empoderamiento de la salud en población sana?, dados todos estos interrogantes el presente trabajo muestra y describe un proceso de internacionalización con base en metodología de teoría fundada, transferencia de conocimientos e investigación aplicada junto con visitas de campo empresariales de diferentes ámbitos del sector salud que permitieron identificar estrategias y herramientas para la solución del problema local planteado (interrogantes anteriormente mencionados) para posteriormente plantear en un modelo de gestión como propuesta de solución desde una perspectiva operativa y académica, de hecho un estudio del 2010 realizado por un grupo interdisciplinario en salud quiso conocer la situación de la educación para la salud (EAPB) en algunas instituciones de educación superior de la ciudad de Medellín, una investigación con enfoque cualitativo a partir de un estudio de caso colectivo, (entrevistas individuales y grupales), concluyo que a pesar de reconocer el significado de EABP como actor importante de la salud pública, también tiene poca importancia en el desarrollo de la educación tradicional de las EAPB a los actores de salud, dando como resultado un modelo biomédico morbicéntrico predominante en la educación de los profesionales de las ciencias de la salud y un pobre desarrollo pedagógico (Díaz, 2010).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el 2015 el congreso nacional de la república de Colombia presenta la ley 1751 la cual tiene como objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección (Minsalud, Ley estatutaria 1751, 2015) y en cumplimiento de la misma se crea y se adopta la Política De Atención Integral En Salud (PAIS) cuyo objetivo es el mejoramiento al acceso efectivo, oportuno e integral a los servicios de salud con altos estándares de calidad, política que se operativiza por medio del Modelo Atención Integral De Salud (MIAS) el cual tiene como objetivo gestionar el riesgo en salud de la población colombiana con enfoque preventivo por medio de estrategias y actores fundamentales como los individuos, los entes territoriales, y las Empresas Administradoras De Planes De Beneficios (EAPB), estas últimas las encargadas por medio de sus directivas y líderes de crear una cultura organizacional que garantice que la gestión del riesgo esté presente en todos los procesos y niveles en la organización por medio de la identificación, evaluación, medición, tratamiento, seguimiento y monitoreo de los riesgos que comprometan la salud de la población afiliada, de igual forma estos líderes de las EAPB deben guiar, conducir, dirigir procesos, acciones y actividades internas y externas que permitan conseguir la serie de objetivos y metas plasmadas para los afiliados. Sin embargo, los últimos indicadores mostrados por el gobierno nacional muestran que la satisfacción de los usuarios en razón a oportunidad, calidad de los servicios prestados y tramitología no es la deseada dado el poco acompañamiento de las EAPB en el proceso promoción, tratamiento y rehabilitación que viven los individuos día a día en su proceso de salud

integral, lo cual conduce a realizar un análisis retrospectivo e identificar las falencias que conlleva a esta percepción de los usuarios sobre sus aseguradoras; aseguradoras que cumplen a lo largo de sus accionares actividades que motivan o no al uso adecuado de los servicios de salud, y las cuales con capaces de influenciar positiva o negativamente el proceso de salud enfermedad de cada individuo asegurado, ya que de sus comportamientos, acciones y decisiones se despliegan una gran variedad de referencias y comportamientos que impactan directamente a cada persona vinculada al proceso del aseguramiento; teniendo este contexto plenamente identificado y con las estadísticas y cifras en salud presentadas por los entes reguladores se podría entrar en el terrenos de los supuestos que el componente educativo – informativo y formativo aún no está incluido en las acciones primordiales y de gran relevancia e impacto que debe ejercer una aseguradora en salud y es donde el planteamiento del problema surge de la pregunta ¿realmente las EAPB identifican, analizan, informan y educan a la población en los riesgos en salud, como estrategia para mitigar las consecuencias de la enfermedad e incrementar la esperanza de vida?, por medio del presente documento se muestra por medio de la transferencia de conocimientos, teoría fundada e investigación aplicada a la perspectiva que deben llevar las GIRS concatenada con el poder de liderazgo que ejercen las directivas o los líderes decisorios de una EAPB en Colombia para la obtención de mejores resultados en salud.

MARCO METODOLÓGICO

Metodología de teoría fundada

Los orígenes de la teoría fundada (TF) se encuentran en la Escuela de Sociología de Chicago y en el interaccionismo simbólico, corriente cuyo entendimiento principal es que los seres humanos actúan ante las cosas con base al significado que éstas tienen para ellos. La TF se sustenta en la teoría del interaccionismo simbólico para comprender cómo definen los individuos un fenómeno o acontecimiento a través de su interacción social. El objetivo principal de la metodología es, a través del estudio de fenómenos sociales en contextos naturales, generar teorías que expliquen el fenómeno estudiado. Ha sido aplicada ampliamente en las ciencias sociales como una herramienta para desarrollar teorías sobre procesos físicos, psicológicos y sociales relevantes, como por ejemplo el sufrimiento de las personas con una enfermedad crónica. (Vivar, 2010). Es en este punto donde el presente documento pretende plasmar la teoría del gran impacto que genera el adecuado seguimiento a la enfermedad y la educación de esta; acciones que deben brindar las aseguradoras y que logran resultados positivos en salud, ejemplo de esto es el centro médico de atención primaria en salud (APS) del Hospital San Juan De Dios de la ciudad de Pamplona en España, donde el seguimiento a la enfermedad es un pilar fundamental en la prestación de servicios de salud; para dar a conocer un poco de lo anteriormente mencionado podemos mencionar las estrategias que ejecuta esta IPS en la ciudad de Pamplona; caracterización poblacional por medio de tarjeta de salud la cual se actualiza cada vez que el individuo consulta al servicio de salud, esto permite tener las diferentes cohortes muy bien definidas y a su vez determinar el cómo ejecutar actividades como “consejo sanitario” el

cual consiste en que el personal de salud principalmente la enfermera realiza contactos telefónicos o vía e mail con el fin de indagar cómo va el proceso de la enfermedad, interrogar si el usuario tiene cuestionamientos acerca del manejo medico de su patología, aprovecha dicho contacto para hacer concientización del riesgo de cada enfermedad y empiezan a demarcar o a fortalecer marcación de usuarios que son potenciales individuos que requieren un servicio en específico, es decir; realizan demanda inducida de los servicios de consulta externa y I nivel de atención aun así el paciente no presente sintomatología alguna, ejemplo de ellos las IPS de APS junto con el estado concatenan sus accionares y envían un oficio o carta al domicilio de cada afiliado indicándole que de acuerdo a su edad, cohorte en salud y hallazgos encontrados es candidato al servicio N, en dicho oficio informan la fecha de programación del servicio médico a utilizar y el nombre del médico o personal en salud que realizara N procedimiento, para hacerlo más claro, el personal médico hace acercamientos con mujeres mayores de 50 años de la cohorte de hipertensión arterial, realizan llamadas informativas, actualizan su historial clínico de acuerdo a los hallazgos encontrados y por el solo hecho de ser mujer mayor de 50 años envían carta al domicilio de esta e informan donde, cuando y a qué hora tiene programada la mamografía de seno bilateral, confirman la recepción de dicho documento por medio de lo que la IPS llama contacto de confort, donde se informa la importancia de asistir al procedimiento o consulta programada y nuevamente se brinda educación al paciente en razón a su patología de base. Cabe mencionar que todos estos acercamientos, seguimientos y espacios de información y educación al paciente quedan plasmados en la historia clínica del asegurado con el propósito que su médico familiar tenga pleno conocimiento de la traza que se realiza a cada paciente, sin dejar aun lado el

fortalecimiento que existe entre las IPS de mayor nivel con las IPS de atención primaria en salud, como para dar un vistazo de ello estas clínicas y hospitales de mayor nivel públicas o privadas informan periódicamente a las IPS de atención primaria los nacimientos y las defunciones de cada uno de sus afiliados con el fin de que se realice la intervención que sea necesaria o demandada por el individuo y su familia.

En una visita realizada a este centro de salud con énfasis en APS (visita académica), la directora de dicha institución menciona que el resultado de estas y otras actividades en prevención y educación en salud han logrado que la esperanza de vida de los habitantes del estado de Navarra – Pamplona sea uno de los que goza de mayor longevidad, 86,9 años en mujeres y hombres con 81,2 años, aportando así a la esperanza de vida de 82.3 años a nivel España (Diario-Navarra, 2017), cifras que no se podrían comparar con las antes mencionadas para Colombia.

Metodología de transferencia de conocimientos y transferencia de tecnologías

Los procesos de investigación y aprendizaje que conforman el conocimiento se convierten en base fundamental para el cambio socioeconómico, y en factores claves para el desarrollo de un país; una nación educada permite una clara identidad cultural y da lugar a una sociedad participativa, productiva y competitiva. Por tal motivo, en la sociedad y en la economía de conocimiento, toma fuerza el concepto Capital Intelectual, que corresponde a la capacidad para generar, acopiar, usar, y difundir nuevos conocimientos y tecnologías en cualquier ámbito del ser humano (Avalos, 2000). Según el Banco Mundial, los países que concentran en mayor porcentaje la riqueza del planeta deben su bienestar en mayor medida al capital intelectual

(educación, investigación científica y tecnológica, y sistemas de información) y en una menor medida a su capital natural (materias primas) y capital productivo (maquinaria, infraestructura), y en los países en desarrollo el uso de estos recursos no ha sido tan eficiente con estos querían (Mundial, 1997). Lo anterior sugiere que la riqueza social de una nación es fruto de la inteligencia y resultado de una gran producción de conocimientos y tecnologías, que permean cada actividad social, financiera y en salud que se ejecute, poniendo de manifiesto el insuficiente entendimiento de las dinámicas de investigación y construcción de conocimiento, así como la ausencia de modelos adecuados para su inserción en los diversos contextos sociales (Acevedo, 2005).

Uno de los ejes de funcionamiento de la APS y de la educación en salud es la perspectiva de liderazgo organizacional en razón a la transferencia de conocimientos a todos los actores en salud, los cuales ya tiene mayor acceso a la adquisición de conocimientos y por ende su umbral de exigencia en la prestación de servicios de salud es mayor, es ahí donde nuevamente el papel de los responsables públicos (estado) y de los directivos en salud (EAPB – IPS) no es tanto controlar procesos de producción, como si articular, por un lado, los valores y objetivos del cuerpo social y de sus organizaciones, y, por el otro, facilitar y gestionar la creación, transferencia y almacenamiento del conocimiento que permitan brindar un servicio o un producto con alta calidad y en su mayor expresión de mejora continua. Es por esto que articulando lo dicho por Acevedo en relación a la carencia de modelos que integren los diferentes mecanismos de acción de la salud y el papel de liderazgo que se debe marcar al momento de toma importante de decisiones por parte de los responsables públicos y privados en salud, mostramos como

muestra de transferencia de conocimiento lo hecho por el servicio de salud Navarra España “Osasunbidea”, donde sin embargo después de entender que la salud también es un entorno en constante cambio y que cada población o nación tiene sus particularidades, es decir como primera medida de su actuar fue analizar el entorno que lo rodeaba para lograr visualizar los objetivos y las metas las cuales ni siquiera las había tomado como opción en el pasado y que en otros lugares ya era tendencia o experiencia que contar, es por eso que Osasunbidea decide que la forma de organizarse para alcanzar los objetivos es por medio de un sistema de gestión, que tuviese unos objetivos y resultados claros, por medio de responsables, de recursos definidos y limitados y una sistematización de lo ejercido cada día de labor, y es en ese momento donde de acuerdo a su bagaje multicultural es capaz de vislumbrar que aparte del planteamiento estratégico de la compañía era importante ver y analizar el entorno que lo rodeaba y para esto crea o identifica grupos de interés, grupos de interés seccionados y en una continua comunicación entre clientes internos y externos, la sociedad y el sistema sanitario, todo con el pleno objetivo de tener resultados que permitieran abordar grupos de interés y no solo a un individuo en proceso de enfermedad, algunos de estos grupos son: gobierno, asociaciones, colegios, personal de salud, voluntariado, tecnología y comunicación, proveedores, etc. Todo con el propósito que su modelo y sistema de gestión gire alrededor de un sistema sanitario que brinde continua mejora en los servicios prestados.

Investigación aplicada a la resolución de problemas locales

La investigación aplicada tiene por objetivo la generación de conocimiento con aplicación directa y a mediano plazo en la sociedad, este tipo de estudios presenta un gran valor agregado por la utilización del conocimiento que proviene de la investigación básica; de esta manera, se genera riqueza por la diversificación y progreso del sector estudiado, generando indirectamente un impacto en el aumento del nivel de vida de la población en general beneficiada (Lozada, 2014). Es común entender la investigación como la búsqueda activa del porqué de las cosas, para tener más conocimiento de la realidad y poner en juego este conocimiento para resolver problemas, la investigación aplicada convierte conocimientos teóricos en conocimientos prácticos, esto por medio de la planeación, la ejecución y los resultados, produciendo a su vez mayor tecnología e invenciones. El grupo Sannas es un centro de especialidades dentofaciales ubicado en Pamplona – España que ofrece todos los servicios en odontología y medicina estética facial en un mismo espacio con unas instalaciones médicas a nivel hospitalario, este grupo empresarial se formó hace 30 años con el objetivo general de casi todas las empresas en nacimiento, “ofrecer un servicio excelente y de calidad” sin embargo es este grupo empresarial un vivo ejemplo de investigación aplicada a la resolución de problemas locales, Sannas en su fase de planeación y/o definición del problema reviso los antecedentes de salud oral en los habitantes de pamplona encontrando que para estos habitantes la salud oral no estaba dentro de sus primeras prioridades, por tanto deciden emprender una metodología de trabajo planeando las acciones a llevar a cabo llamadas “procesos clave” y a su vez documentando cada parte del proceso analizado. Seguido a esto se llevó a cabo la metodología

planteada para la solución del problema evidenciando gran acogida por parte de sus clientes, es una compañía que a la fecha cuenta con más de 18000 consultas odontológicas y sus derivados (Sannas, 2019), debido a la gran demanda de servicios y la continuidad de tratamiento odontológico y facial, deciden mostrar y compartir los resultados en salud con el gobierno de Navarra España, dando a conocer que sus “procesos clave” (contacto y educación permanente telefónica o personal - fidelización - odontología de alto rendimiento – cirugía dental bajo sedación general y tratamiento interdisciplinar) y así lograr el reconocimiento local y nacional como clínica dental de referencia en Pamplona, y estos logros se obtuvieron gracias al análisis de conocimientos teóricos publicados en artículos científicos pero no aplicados a la sociedad y es donde logramos observar que cuando un individuo, una sociedad o una organización o un estado migra la investigación básica a investigación aplicada lograr crear conocimientos prácticos que resuelven problemas y condiciones de salud de la población que sea objeto de estudio, análisis y ejecución.

PROPUESTA DE SOLUCIÓN

Tal como se ha venido mencionando el objetivo del presente trabajo académico es generar una propuesta de mejora para las EAPB de Colombia, la cual brinde herramientas de gestión de riesgo en salud por medio de la educación, a través de transferencia de conocimiento, investigación aplicada y teoría fundada y las cuales permitan obtener resultados en salud esperados. Un proceso de internacionalización permite plasmar una opción de salida al problema identificado en razón al aumento de carga de la enfermedad asociado a la falta de conocimiento, seguimiento y educación en eventos de salud plenamente conocidos por los líderes del sistema sanitario y que al paso de las décadas siguen generando impacto negativo a nivel local, territorial y nacional. A lo largo de este capítulo se describirán actividades, estrategias, metodologías, proyectos planeados – ejecutados - controlados y comunicados como experiencias exitosas realizados por diferentes actores en salud y que serán determinantes como apoyo a la respuesta de solución del problema planteado en este documento.

Los contextos y estadísticas actuales de la salud colombiana (DANE, 2018), se hace necesario empezar a replantear estrategias, sistemas de gestión y modelos de atención que permitan garantizar el goce pleno y efectivo a la salud tal como lo expresan las leyes anteriormente nombradas, y que a su vez, permitan mitigar efectos negativos o colaterales durante el ciclo vital del ser humano; para el logro de esto, se debe tener presente que un sistema de gestión de riesgos contribuye al mejoramiento continuo de los procesos para la gestión del riesgo en salud, de los riesgos económicos y operativos, así como la gestión del aseguramiento propiamente dicha, en otras palabras un sistema de gestión de riesgos permite fortalecer las

habilidades y oportunidades que tiene un asegurador obteniendo un mejoramiento continuo en todos los procesos propios de la entidad como insumo fundamental para la gestión de los diversos riesgos; identificar y tener claros los diferentes tipos de riesgo garantiza en gran medida que los objetivos, funciones y controles planeados y ejecutados surjan con resultados en salud deseados.

Con la base en lo anteriormente mencionado, este documento dará a conocer la propuesta de solución planteada para la mitigación de efectos negativos en salud por medio del liderazgo en la educación en salud de las EAPB a sus afiliados como elemento para la gestión del riesgo en salud; para esto, debemos empezar mencionando un factor determinante en el desarrollo de las acciones de cualquier compañía en salud, la cual es cadena de valor y su know how, entendiendo estas características como aquellas acciones de gestión que permiten garantizar una serie de servicios certificados y reconocidos por un alto estándar de calidad al menor costo posible, en esta sección las compañías deben conocer muy bien el desarrollo del mercado y su entorno para lograr ser competitivo y alcanzar resultados a corto, mediano y largo plazo, Colombia desafortunadamente en salud enfatiza sus objetivos en corto y mediano plazo, mas no a largo plazo, a lo que se considera una falla del sistema de aseguramiento en salud de Colombia, ya que va contra del flujo de lo direccionado por el estado en sus políticas públicas en especial la PAIS, la cual adopta mecanismos de identificación, análisis y características de riesgos en salud para su intervención a lo que define como plan territorial de salud, el cual provee y postula acciones que van encaminadas a ser realizadas desde todos los momentos del curso de la vida y todos los entornos donde se desarrollan, es decir; entornos laborales, domiciliarios, comunitarios y

educativos, nótese que son ámbitos donde el individuo desarrolla su quehacer diario y de donde provienen sus proyectos de vida los cuales son abordados desde dos polos de gestión, por un lado el de menor efecto deseado la promoción y mantenimiento de salud y por el otro el de mayor gestión en Colombia que es la atención en salud específica por cada uno de los 16 grupos de riesgo definidos por el ministerio de protección social (MPS), listados en la rutas integrales de atención en salud planteados en la mencionada política (Minsalud, PAIS, 2018) y los cuales ya hemos relacionado en este documento, como los son alguno de ellos la salud materno perinatal – enfermedades cardiovasculares – enfermedades infecciosas – enfermedades huérfanas entre otras. En estas rutas de atención se plasman 3 hitos en salud; tratamiento clínico, continuidad del tratamiento integral y vigilancia en salud pública, cada una de ellas con responsables claves en la línea de atención del individuo; la primera a cargo de las APS, la segunda a cargo de las IPS de mayor nivel y la última a cargo de las EAPB, sin embargo en el último hito no se contéplela el accionar en el autocuidado del individuo, lo que se considera un nuevo palo en la rueda que obstaculiza el alcance de las metas deseadas, cabe mencionar que se plantea una articulación permanente entre las gestiones del riesgo donde cada actor en salud tiene una gestión propia de su accionar y es donde las EAPB deben hacer comunicación del riesgo a los afiliados y los mismos tienen la misión del cuidado de su salud otro factor determinante que no ha alcanzado su punto diana, ya que como nombrados en anteriores capítulos los individuos no tienen presente el 100% de la siniestralidad de sus enfermedades y del impacto colateral que estas producen a sus familias, sociedad y demás entornos que los rodea, esto tanto por el nivel educativo de la población colombiana, como a la falta de información y educación efectiva que los principales

actores del sistema (estado y asegurador) deben realizar antes que la enfermedad de un individuo manifieste sintomatología.

Países como España en épocas pasadas también han presentado signos y síntomas de alarma en el sistema sanitario, pero con el transcurrir de los años van mejorando en cifras y estadísticas en salud, ejemplo de ello como lo mencionábamos han logrado llevar su esperanza de vida a 86 años de edad, y es donde se realiza el interrogante ¿cómo lo han logrado?, a lo que se podría describir a continuación algunos ejemplos del cómo han obtenido dichos resultados a través del empoderamiento, liderazgo, comunicación, educación e información entre todos los actores del sistema sanitario; empresas españolas como 3P, es una compañía de servicios y actividades de desarrollo y fabricación de insumos médicos que con el pasar del tiempo evidencio que para llegar a la cima y cumplir las metas hay que estar preparado, es decir; conocer que se va hacer y el propósito de hacerlo, marcando una diferenciación en el establecer que no me puede ocurrir, que para el problema planteado es la muerte evitable o la no prolongación de una vida sana, 3P identifico que para llegar al reconocimiento se deben construir redes de apoyo las cuales ayudan a identificar debilidades y convertirlas en oportunidad, es decir alcanzar logros y objetivos a largo plazo por medio de la transformación de debilidades a fortalezas, que para el caso de Colombia el asegurador por su búsqueda inquieta de obtener logros a corto plazo no es capaz de visualizar esta transformación, como tercer punto y sin ser menos importante 3P interioriza el concepto de establecer mecanismos de confianza con clientes y/o pacientes para realizar un continuo rediseño de organización y redefinir grupo de interés a lo que su mayor directivo gerente general Damaso Molero denomina “reingeniería de procesos

según el entorno del momento”, estrategia que permite transmisión de conocimientos en todos los roles y/o actores del entorno en cual se desenvuelven incluyendo al cliente final llamado paciente, al cual se le brinda información continua de los avances científicos para el manejo y control de su enfermedad, y esto es algo que evidentemente aún no se conceptualiza en las aseguradoras en salud de Colombia, las cuales plantean un modelo de atención tan rígido que con el pasar del tiempo y con el continuo cambio de la sociedad tiende a quedar sin gran relevancia. Otra compañía ya no solo española, sino también con orígenes franceses e italianos es Albyn Medical Limited, empresa distribuidora de dispositivos médicos la cual ha mostrado que su pilar de arranque y sostenimiento a lo largo del tiempo es el peso que le brinda a su cadena de valor, la cual tiene varios alcances que a simple vista parecen sencillo pero que tienen gran profundidad de análisis, aquello como pensar que el producto o servicio que se brinda sirva para lo que dice que sirve, que brindar garantía en el servicios es generar valor agregado, que el servicio principal no se debe tercerizar o externalizar o hacerlo en lo menor posible, que las acciones en el sector salud son relacionales y que todas estas variables generan algo que no tiene punto de comparación y es lo que se denomina confianza, Medical trabaja constantemente en generar confianza con sus clientes tanto internos y externos, considerando que para fortalecer su cadena de valor y mantener dicha confianza se debe trabajar en algo llamado formación tanto al personal como a sus clientes y pacientes, esto lo hace en gran proporción por medio de ferias y congresos utilizando estos espacios para generar contacto directo con su nicho de trabajo e identificar sus experiencias con el servicio y sus nuevas expectativas; en Colombia las aseguradoras en salud han generado a lo largo de su existir desconfianza con su clientes, tanto por problemas

financieros, operativos y de terceros, lo que muestra que hay situaciones y acciones que deben hacer las EAPB por sí solas y ejemplo de ello es el contacto con los afiliados, de solo plasmar la hipótesis que los usuarios de una EAPB se acerquen y/o permitan el acercamiento de su asegurador para expresar su experiencia y sus necesidades sanitarias pues el control de los eventos no deseados se mitigaría en proporción, ya que con certeza la información dada a ese usuario será una información multiplicada en su núcleo familiar, lo que generaría mayor reconocimiento de los riesgos en salud derivados de una patología o posible enfermedad en más de un integrante de las familias que conforman la sociedad y con esto se promovería la participación social que es el espacio deseado para brindar conocimiento y educación en promoción y prevención.

Las anteriores dos compañías son han mostrado algunos accionares que se han realizado desde la perspectiva de la industria y las cuales se convierten en ideas que se pueden aplicar al problema antes mencionado, a continuación se dará a conocer actividades que se realizan desde la perspectiva del ámbito clínico asistencial que al igual que las anteriores fortalecen la solución que se está buscando, para ello se mencionara el hospital San Juan De Dios de España Navarra (HSJD), institución prestadora de servicio de salud cuyo objetivo principal es dar soporte a la atención medica requerida por un individuo en complicación de sus patologías de base, el HSJD pertenece a la orden hospitalaria de san juan de dios, hospital de sub agudos integrado a la red sanitaria de Navarra con sanidad pública, capacidad instalada de 200 habitaciones, brinda cobertura en los servicios de cuidados paliativos, atención espiritual, medicina interna, psicología y voluntariado, esta institución tiene el primer contacto con el paciente cuando este

requiere manejo de su enfermedad de manera intrahospitalaria, sin embargo no solo se plantea la atención medica tradicional para la mejoría de su salud sino que aborda al paciente de manera holística con el propósito de identificar que situaciones o eventos desencadenaron la complicación de la patología para posteriormente desarrollar la educación sanitaria por enfermería, por medicina y por las áreas que sean pertinentes, desde el punto de vista de enfermería después de realizar una valoración total, durante la estadía intrahospitalaria se trabaja en el concepto de concientización de la enfermedad y de sus complicaciones, se brinda educación en temas propios del manejo de la enfermedad como en los correlacionados, desde el área de medicina, se realizan actividades de revista médica familiar, donde no solo se expone al paciente su estado clínico actual y el manejo a seguir, sino que se aprovecha el espacio para brindar a la familia herramientas básicas y necesarias en la identificación de signos de alarma y en la educación de estilos de vida, abordando así no solo al paciente activo en la hospitalización, sino también a su familia; para el HSJD, sus diferentes áreas trabajan bajo la filosofía de multidimensionalidad, entendiendo esta no solo como aquella capaz de detección de necesidades médicas, sociales o espirituales presentes o futuras, sino como aquella información y educación que brinda herramientas para la planificación de decisiones, y donde se vincula la IPS con el individuo, en estas actividades se le generan interrogantes al usuario como ¿Qué va a pasar o que vamos a hacer? ¿qué quieres que hagamos cuando vuelvas a presentar este tipo de situaciones medicas?, este tipo de preguntas con el fin que el paciente y su familia perciban la vinculación del hospital con el proceso de rehabilitación, convirtiéndose esto en proceso de planificación e identificación de prioridades a atender para el paciente y su familia, y donde se da más valor al



entorno social que al físico, para así poder ayudar a que la toma de decisiones marque el delimitar de las fuerzas que se deben ejecutar para garantizar el bienestar total del paciente y su familia, es por esto que el rol de médico familiar es primordial en la atención medica del HSJD. En Colombia este escenario de relación individuo – medicina familiar se ve entorpecido por el modelo de atención que establezca cada asegurador (EAPB), debido a que las IPS de primer nivel de atención que brindan servicios de atención primaria en salud que es donde se deben ejecutar este tipo de accionares solo cumplen o siguen el curso de los modelos planteados por la EABP, y en aquellos casos donde dicho modelo prioriza la atención primaria, se está trabajando en la implementación de rutas de atención, las cuales logren contemplar absolutamente todos los componentes que la ley 1438 de 2011 indica para la atención primaria en salud los cuales son : la acción intersectorial / transectorial por la salud, la participación social, comunitaria y ciudadana, y los servicios de salud (Minsalud, Atención Primaria en Salud, 2019), nótese que al igual que en el HSJD se da gran importancia al entorno en el cual se desenvuelve el individuo, su familia y su comunidad, lo que lleva a darle más fuerza a la hipótesis que si no existe una mayor articulación entre las instituciones y la sociedad no se logran los resultados en salud deseados para el futuro; a la vista de lo anteriormente expuesto cada aseguradora cuenta con el deber de fortalecer sus redes de apoyo sectorial e intersectorial y a su vez, fortalecer el vínculo con sus afiliados y núcleos familiares, permitiendo la identificación de factores de riesgo en salud tanto individuales como colectivos, generando mayor empuje en las actividades y acciones que tengan énfasis en la promoción de la salud, la educación en autocuidado y la información en las grandes secuelas y consecuencias que trae el seguir solo la vía de la rehabilitación de la enfermedad y no la de la

prevención e identificación del riesgo en salud, que logran robustecer los modelos de gestión en la atención del riesgo en salud. Hasta este punto hemos nombrado acciones y actividades en articulación, información, educación y comunicación que han sido desarrolladas por diferentes líderes en el ámbito del sector salud y que han dejado posteriormente marcas positivas en la gestión del riesgo, recordando alguna de ellas como cadena de valor – confianza - reingeniería de procesos según el entorno del momento - acciones en salud de tipo relacionales - formación continua - concientización de la enfermedad – multidimensionalidad, entre otras, ahora daremos a conocer aquellas actividades que realiza un Mutua en España, entendiendo Mutua como asociaciones privadas sin ánimo con responsabilidad mancomunada en los supuestos y los alcances establecidos por la ley, constituidas mediante autorización del ministerio de empleo y seguridad social que tienen por finalidad colaborar en la gestión de la seguridad social (Fremap, 2019), en otras palabras son aquellas empresas que dan soporte a la sanidad pública desde la perspectiva de la gestión de las prestaciones económicas y de la asistencia sanitaria en razón a accidentes de trabajo y enfermedades profesionales como también en actividades de prevención de las mismas, Mutua Universal es una de ellas donde su enfoque de trabajo es velar por la salud y el bienestar de sus afiliados, gestionando los servicios y las prestaciones con rigurosidad y excelencia, basado en las personas, la innovación y la orientación al cliente, incluyendo el compromiso con la sociedad y la sostenibilidad del sistema (Universal, 2019), Universal es una especie de aseguradora en salud que desarrolla programas y actividades de asesoramiento, orientación técnica y asistencia en materia de prevención de accidentes y enfermedades profesionales, bajo la metodología “más cerca del afiliado” (Cacho, 2019),

metodología que trabaja en brindar toda la información médica paliativa y preventiva necesaria al individuo con el propósito de reducir a la mínima expresión la posibilidad de un evento prevenible. Esta mutua trabaja fuertemente en la adaptación de prevención de siniestros en salud para evitar las pérdidas sustituibles y no sustituibles, para realizar esta adaptación de prevención considerada como obligación legal, realiza entrevistas personalizadas con los diferentes afiliados y se les indica periódicamente las medidas de seguridad que deben tener cada uno de ellos tanto para accidentes de trabajo como para la salud en general, a esto Universal lo denomina como proceso de gestión de información – formación que evita los posibles riesgos previamente identificados según la actividad y el entorno donde se desarrollen las actividades de cada uno de sus afiliados, ahora, para obtener una adecuada identificación de riesgos y antes que se presente un siniestro o una enfermedad se realiza un plan de actuación en prevención y educación midiendo el impacto socio económico que genera la no identificación y prevención de eventos en salud, y que dicha planeación se debe planear y ejecutar a largo plazo; las actividades realizadas para lograr esta prevención del riesgo es el acompañamiento y educación al afiliado y su familia en conceptos de ayudas sociales como lo son: necesidades básicas (autocuidado, alimentación, estilo de vida, etc.), necesidades de autonomía en la cual se brinda información y formación en el fomento de actividades que permitan conseguir el mayor grado de independencia según el entorno, necesidades del núcleo familiar donde se trabaja con todo el núcleo familiar para informar y educar en búsqueda de ayudas y procesos propios del ser humano que permitan identificar el riesgo de los eventos en salud según sus estilos de vida, también incorporan acciones en necesidades de integración social donde se desarrollan actividades encaminadas a



fomentar la reinserción social y se informa y se forma en el riesgo de exclusión social. Cabe resaltar que Universal en todo su proceso de gestión de fortalecimiento, educación e información, genera lo que denomina un seguimiento a las actividades realizadas bajo un memorial de gestión, el cual permite la evaluación a cada proceso de información – formación realizada con los afiliados a la mutua logrando visualizar el efecto que este tipo de accionares produce en un determinado periodo de tiempo.

Con todas estas visiones del cómo actuar en pro de la gestión del riesgo en salud podemos confirmar que el proceso educativo y formativo en la sociedad cumple un papel importante en el bienestar de la sociedad y por esto que este documento plantea como propuesta de solución que los directivos de las EAPB como líderes de cada uno de sus afiliados fortalezcan sus funciones interpersonales, sus funciones informativas y sus funciones como decisor y en las cuales sea mayor detector - difusor – portavoz - promotor y gestor de la salud a corto, mediano y largo plazo (Mintzberg, 2019) y a su vez y como base de su liderazgo incluya el concepto de inteligencia cultural entendida como la capacidad de dar respuestas adecuadas según la experiencia y conocimiento de él y de otros, complementando la capacidad de visualizar y plasmar nuevas ideas a partir de lo existente y que tienen gran capacidad de adaptación. Es evidente que en pleno siglo XXI aún existen dos o más tipo de liderazgos vistos desde la perspectiva del origen del líder y su forma de ver las cosas, Colombia por ejemplo mantiene la posición de liderazgo occidental, donde lo principal no es el bien común sino un bien particular, donde se piensa en seguir conductas establecidas y en ocasiones dejar de innovar o mejorar solo por seguir dichas conductas, sin embargo la parte más fundamental en un proceso de

migración de pensamiento deductivo a inductivo o viceversa es la capacidad de adaptabilidad de los entornos en lo que una compañía se puede ver inmerso, y para esto hemos mostrado con diferentes actividades plena y adecuadamente ejecutadas en el sector salud de otra zona demográfica que la inmersión, la educación y la formación del individuo juega un rol de gran calibre en la gestión del riesgo en salud, teniendo presente como se ha nombrado a lo largo de este capítulo que no solamente son acciones de información y educación en ámbito físico, sino acciones en ámbitos y entornos donde se desenvuelve el afiliado y su familia, por tanto se plantea que las EAPB desarrollen acciones como: preparación al personal médico y a los afiliados, fortalece y fomenta redes de apoyo que garanticen los servicios prestados bajo una formación continua en razón a los servicios que puede acceder y la experiencia del servicio accedido, concientización de la enfermedad desde una visión holística y con intervención familiar, la cual promueva la planificación de decisiones y defina el plan de actuación en prevención y promoción de la salud con enfoque en necesidades básicas del autocuidado, en necesidades de autónomas de la identificación del riesgo, en necesidades del núcleo familiar e integración social donde se trabaje en estilos de vida y en actividades encaminadas a fomentar la reinserción social que es el puente para llegar a la comunicación y educación brindada a la sociedad en mayor escala.

CONCLUSIONES

En general toda compañía independientemente del sector en el que se desempeñe, su edad de crecimiento o su etapa productiva está convencida que el concepto de sostenibilidad a largo plazo está estrechamente ligado a contextos de ventaja competitiva, y que dicha ventaja se mueve bajo el eje de la adecuada administración del recurso físico y humano, recursos que deben administrar bajo una gestión integrada bajo un mismo objetivo; sin embargo, las variables y situaciones analizadas en capítulos anteriores demuestran que no solo se deben tener en cuenta estos conceptos sino a su vez agruparlos en temas claves como el know how, entendido este como aquel aprendizaje y conocimiento que se posee y que se está dispuesto a recibir o a dar para el mejoramiento continuo de cada proceso desarrollado, trayendo consigo la construcción de procesos estandarizados que permitan tener la capacidad de adaptarse a situaciones o problemas afrontados por sí mismo o por terceros, y que a su vez permitan dar una respuesta oportuna a los problemas constantes o frecuentes en las compañías, concluyendo así; que el conocimiento y la formación continua debe ser el núcleo de referencia de la gestión diaria de una empresa, la cual obtendrá implicaciones positivas tanto por los beneficios del conocimiento transferido como por los derivados de la capacidad de transferir (García, 2004); es por esto, que como resultado de la presente investigación se logra definir que si las empresas administradoras del plan de beneficios en salud de Colombia lograsen iniciar, visualizar, implementar y/o desarrollar o profundizar en temas de transferencia de conocimientos, con certeza que su naturaleza, sus ideas y enfoques estratégicos tendrán una nueva visión y su perspectiva acerca del cumplimiento de metas será mayor, generando así crecimiento empresarial, reconocimiento y rentabilidad en el mercado.

Como hallazgo de importancia en la transferencia de conocimientos se evidencio el concepto de internacionalización en la educación superior, según la revista educación superior en Argentina, la economía global del conocimiento les exige a las universidades que dentro del plan de estudios se forje un perfil profesional por competencias y que dichas logren reflejar conocimientos, capacidades y habilidades que operen en un mundo más interconectado globalmente (Rodríguez, 2014), rompiendo con paradigmas y esquemas de tipo social, geográfico, lingüístico, cultural y académico, y a su vez permitiendo el origen de nuevos valores, relaciones y enfoques académicos que amplían la cobertura de conocimientos y permiten ver, creer y pensar en innovaciones para el sector donde se desempeñe, entendiendo que los problemas laborales y/o académicos exigen un enfoque simultaneo de diferentes áreas o diferentes actores los cuales ya han implementado el conocimiento, ejemplo de ello el proceso de internacionalización llevado a cabo en el foro europeo en Navarra – España; donde el estudiante adquiere herramientas de análisis y trabajo en teorías fundadas de tipo bagaje multicultural, liderazgo internacional, innovación, emprendimiento, multidimensionalidad, empoderamiento, fundamentación, transferencia y recepción de nuevos conocimientos, y las cuales en el futuro le permitirán entender, comprender, proponer y/o proyectar diferentes estrategias de mejora independiente del sector en que se desenvuelva, por lo que el presente trabajo considera que la internacionalización es una de las más importantes adquisiciones académicas que un estudiante puede recibir.

Como conclusión final, el presente trabajo permite brindar una nueva herramienta u opción de mejora a los directivos y colaboradores de las EAPB en razón a la perspectiva de la educación en salud brindada en Colombia. Con los datos y análisis del presente trabajo se obtiene como resultado una propuesta basada en teorías fundamentadas y desarrolladas en España, con transferencia de conocimientos en propiedad a la materia de estudio y con objetivo de dar a conocer una nueva mirada a los problemas que se afrontan en el día a día de la atención integral en salud de Colombia, dicha herramienta o propuesta se sustenta en un modelo de gestión de transferencia de conocimientos que promueva una estrategia educativa (informativa y formativa) a los usuarios de una EAPB de Colombia.

RECOMENDACIONES

Esta revisión de metodología de teoría fundada y transferencia de conocimientos para el análisis de investigación aplicada a la resolución de problemas de las EABP en razón al liderazgo en la educación en salud como elemento para la gestión del riesgo, permite demostrar que los procesos formativos y educativos genera en los individuos que la reciben más que una obtención de conocimiento para convertirse en una concientización del porqué de las cosas, de sus alcances y sus posibles consecuencias, y más en temas de salud cuando dichas consecuencias suelen ser irreversibles. Este documento describe y muestra situaciones vivenciadas por compañías u organizaciones de diferentes sectores en las cuales se logra extraer y a su vez adherir comportamientos y acciones que llevándolas a cabo con un adecuado seguimiento permitieron un crecimiento organizacional, sin embargo este análisis solo se logra plasmar como resultado de cortas visitas o espacios concurrentes a las diferentes empresas, lo cual lleva a generar como primera recomendación general la ampliación de tiempo de cada visita empresarial con el ánimo de poder identificar mayores actividades o acciones desarrolladas y que podrían ser implementadas en nuestro país.

Este proceso investigativo permite tener la certeza de querer abundar más profundo en el concepto de bagaje multicultural como mecanismo o ruta de liderazgo local, nacional y global y ligado a este la formación y desarrollo profesional que las empresas deben generar en sus empleados de modo que puedan convertirse en líderes competentes que tengan la capacidad de desarrollar un sistema que potencie, favorezca y retroalimente la innovación constante como método de mejora, es por esto que las instituciones de educación superior ya deben estar

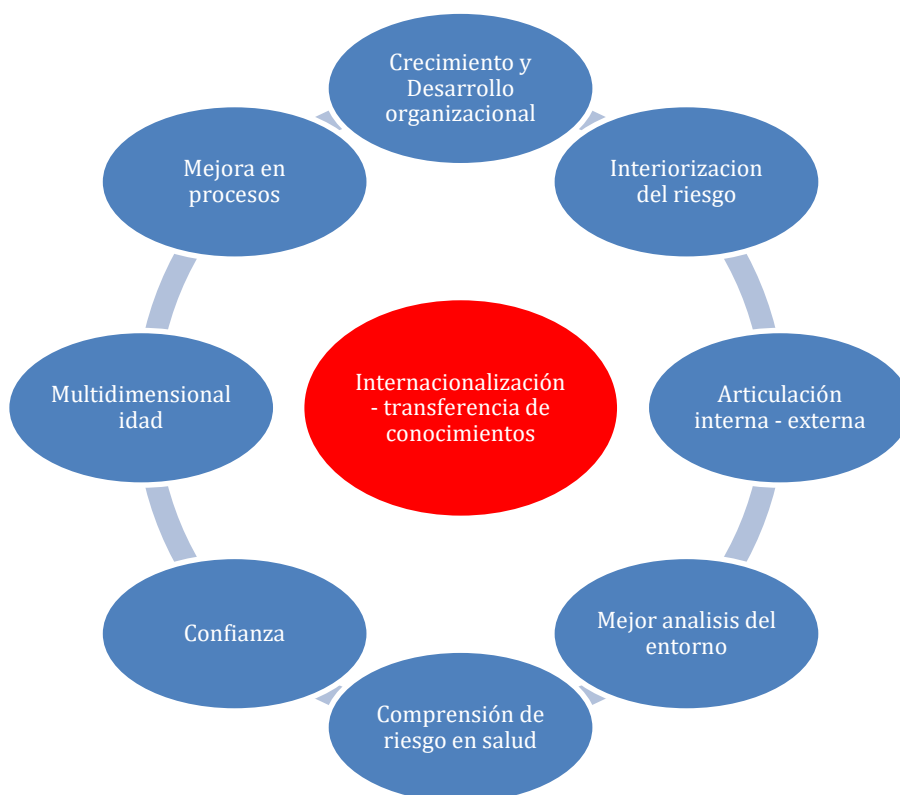
trabajando en políticas y estrategias explícitas y sistematizadas, que les permitan organizar e integrar sus objetivos en actividades internacionales como parte de su ejercicio cotidiano y la mejora de sus funciones.

A medida que el lector o el investigador se sumerge más en el tema de transferencia de conocimientos es consciente que este trae consigo a las empresas u organizaciones insignias de crecimiento acelerado, ventajas competitivas, expansión, redes de apoyo y capacidad organizacional y que independientemente del tema o sector de trabajo la imitación parcial o total de una estrategia ejercida por el otro es un su mayoría de veces si es bien identificado y evaluado un desarrollo interno y externo y que genera capacidad de innovación que expande su visión y a la vez su conocimiento, es decir; la implementación de internacionalización, globalización y la transferencia de conocimientos es sinónimo de organización cambiantes y con capacidad de tener una nueva percepción del entorno.

La recomendación final del presente trabajo se basa en que las EAPB de Colombia deben generar algunos cambios en su forma de ver el entorno y deben adaptar nuevos mecanismos o procesos que conlleven a la obtención de mejores resultados en salud, y parte de ello es a través del liderazgo en la educación como herramienta de gestión del riesgo en salud, que tal como se nombró en el presente escrito es una teoría fundamentada en procesos ejecutados de manera exitosa en otros países y que han generado cambios y efectos positivos en la parte sanitaria, a continuación en la figura 2 se darán a conocer aquellas herramientas o virtudes que obtiene una organización al momento de implementar procesos de internalización con transferencia de conocimientos, seguido a ello se plantea en detalle un modelo de gestión para la implementación

de procesos líderes formativos en salud tanto para el personal como para los afiliados a una EAPB y que inciden de manera positiva en los resultados de la gestión del riesgo en salud de la población afiliada.

Figura 2 Variables adquiridas en procesos de transferencia de conocimiento. Elaboración propia del autor.



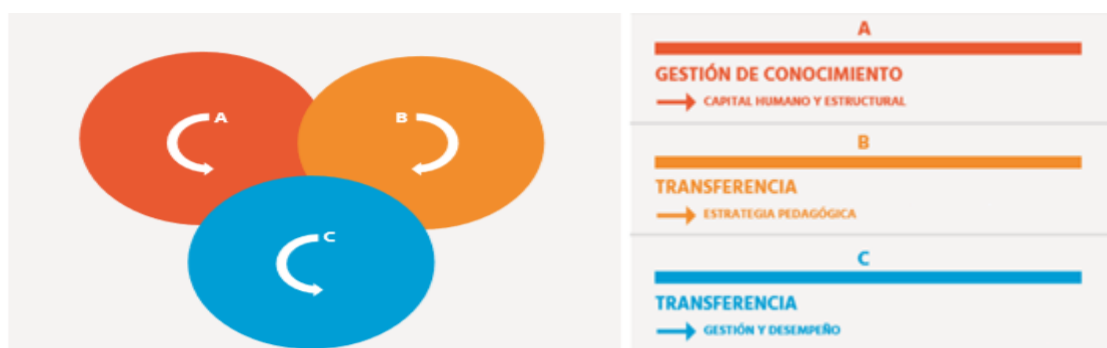
A continuación, se muestra la propuesta de un modelo de gestión del riesgo que permite la transferencia de conocimientos tanto de manera informativa como formativa a todos los usuarios de una EAPB de Colombia con el objetivo de fortalecer todas aquellas herramientas que se deban brindar a cualquier individuo en su proceso de vida, este modelo de gestión presenta bases formadas en publicaciones de tipo investigativo como la del autor (Bonilla, 2016) en su publicación “Modelo de gestión y transferencia de conocimiento para promover la estrategia

pedagógica de empresas simulada”, el modelo propuesto presenta varias etapas de evolución y de inter-relacionamiento entre ellas mismas teniendo como eje fundamental el conocimiento previo y adquirido en procesos académicos, laborales y de alcances internacionales (Ver Figura 3).

Las academias en salud colombianas en su mayoría no forman al profesional en roles de educador sino en roles de tipo paliativos y curativos y es por esto que como primera etapa del modelo de gestión se plantea el fortalecimiento de recursos humanos y estructurales consistentes en que toda EAPB debe tener la capacidad de brindar a sus colaboradores continuidad en procesos educativos de salud-enfermedad y de igual forma debe buscar espacios en los cuales se brinden estrategias que brinden nuevas visiones de trabajo y nuevas oportunidades de mejora, es decir; las administradoras de planes de beneficios en salud en el siglo XXI ya deben tener identificado e interiorizado que para la obtención de logros y metas propuestas se debe trabajar en el capital humano, entendiendo este como todas aquellas interacciones que los colaboradores puedan ejecutar con los métodos, técnicas, procesos y otros recursos de la organización, donde se evidencie que para poder educar y formar a los afiliados se es necesario en primera medida un aprendizaje organizacional, entendiendo este último como aquel cambio de chip mental y estructural que genera cada colaborador en razón a entender el porqué de la importancia de sus labores diarias y más aún cuando dichas labores son en muchas oportunidades la puerta de entrada a los afiliados, a su estilo y proyecto de vida, esta etapa pretende que por medio de la capacitación y formación constante a los colaboradores se cree una nueva filosofía y como mencionaba el empresario Damaso se forje una reingeniería de procesos que permita comprender que los afiliados se desenvuelven en un entorno dinámico y en constante cambio y por tal, las

acciones y/o actividades no se pueden seguir ejecutando bajo esquemas rígidos, que en su momento fueron exitosos pero que a hoy se deben mirar bajo un contexto de globalización y actualización.

Figura 3 Modelo de gestión del riesgo en salud a través de transferencia de conocimiento. Copyright 2016 por Bonilla. s



Si bien el propósito de una EAPB es asegurar el bienestar total en salud de los individuos vinculados, y que para lograr dicho propósito se requiere gestionar el riesgo relacionado con la probabilidad de que sus afiliados desarrollen una condición individual de salud que requiera tratamiento junto con la variación en la probabilidad de la ocurrencia y los costos derivados de la atención y su relación con los ingresos recibidos por la prima, es donde la gestión del riesgo se vuelve primordial para una adecuada gestión integral del riesgo en salud; con el fin de poder intervenir estos sucesos en la gestión del riesgo la segunda etapa propone trabajar en procesos de educación y formación en salud a los afiliados de la EAPB con el objetivo de brindar herramientas, acciones, actitudes y conocimientos a toda la población asegurada en pro de la búsqueda de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, estos procesos educativos deben estar articulados con todos los actores del sistema de salud y deben estar orientadas a la disminución de la incidencia y severidad de condiciones individuales de salud cuando estas

obedecen a circunstancias que están bajo su control, como por ejemplo las acciones orientadas a fomentar el autocuidado y estilos de vida saludables (hábitos alimenticios, peso adecuado, hábito de fumar) para prevenir por ejemplo el riesgo cardiovascular, detección temprana y el tratamiento oportuno de las condiciones individuales de salud prevenibles y no prevenibles. (MinSalud, 2018), esta etapa pretende que los afiliados interioricen conceptos relevantes como enfermedad y sus secuelas, toma de decisiones que protejan su integridad y la de sus familias y comunidad.

Fortalecer la capacidad de información – formación entre los líderes directivos con el personal de trabajo de las EAPB tanto por el conocimiento transferido como por los derivados de la recepción, y enriquecer posteriormente procesos de educación y formación a los afiliados y usuarios de la misma EAPB es una visual de transferencia de conocimientos vista en las dos anteriores etapas del modelo presentado las cuales están interligadas con la última de esta, con cual se pretende observar el resultado de la gestión y el desempeño dirigido a la población aseguradas en razón a la disminución de eventos en salud potencialmente prevenibles, en esta parte de proceso de busca hacer que aquellos afiliados que tuvieron contacto con el proceso de información-formación, sean capaces de multiplicar dicho conocimiento con sus familias, amigos y sociedad, nótese que las dos primeras etapas están relacionadas la una con la otra, esta última etapa esta direccionada al exterior; es decir, al entorno donde se desenvuelve aquel individuo que se le brindo información – formación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad y donde este convierte sus gestiones y labores diarias en transferencia de conocimiento que lograra mitigar los eventos en salud no deseables; el control y seguimiento al

resultado de esta etapa puede verse reflejado en análisis de cohortes en salud y de tiempo que determinen si aquellas situaciones, siniestros o condiciones de salud prevenibles tuvieron una tendencia a la baja, solo por el simple accionar de transferir un conocimiento y hacerle seguimiento al mismo.

Bibliografía

- Acevedo, M. (2005). un análisis de la transferencia y apropiación del conocimiento en la investigación de universidades colombianas. *Investigacion y desarrollo*, 121.
- Avalos. (2000). La sociedad del conocimiento. *Revista SIC*, 1-10.
- Bonilla, S. (2016). Modelo de gestión y transferencia de conocimiento para promover la estrategia pedagógica de empresas simulada. 64-69.
- Cacho, N. (2019). Mutual. Pamplona, España.
- DANE. (2018). Estadísticas vitales. *Dirección de censos y demografía*, 20-32.
- Diario-Navarra. (25 de 04 de 2017). Las mujeres navarras, con 86,9 años, las segundas con mayor esperanza de vida entre más de 300 regiones europeas. *Salud*, pág. 1.
- Díaz, P. (2010). Educación para la salud: perspectivas y experiencias de educación superior en ciencias de la salud, Medellín, Colombia . *Facultad nacional de salud pública*, 221-230.
- Flamarique, a. (Enero de 2018). El liderazgo., (pág. 20). Pamplona.
- ForoEuropeo (2019). Liderazgo internacional clase magistral. Pamplona, Navarra, España.
- Fremap. (01 de marzo de 2019). *Mutuas*. Obtenido de <https://www.fremap.es/Conocenos/mutuas/Paginas/QueSonLasMutuas.aspx>
- García, D. (2004). *La transferencia de conocimiento en la expansión de las cadenas hoteleras*. Editorial universitaria Ramon Areces.
- Guerrero, R. (2011). Sistema de salud en Colombia. *Salud publica de Mexico - vol 53*, 144-155.
- Lozada, J. (2014). Investigación Aplicada: Definición, Propiedad Intelectual e Industria. *Ciencia america*, 24-29.

Minsalud. (2014).

Minsalud. (2015). *Aseguramiento al sistema general de seguridad social en salud*. Bogotá.

Minsalud. (2015). *Ley estatutaria 1751*. Obtenido de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Minsalud. (2018). Conclusiones del foro Gestión Integral del Riesgo en Salud. bogota. Obtenido

de <https://www.youtube.com/watch?v=UIbzcPGY5ok&index=27&list=PLdA3cVDe-LYyo6fH2dC0k-9xgUS3WBSvh>

Minsalud. (2018). *PAIS*. Bogotá: Secretaría distrital de salud.

MinSalud. (2018). *Perspectiva desde el Aseguramiento en el contexto de la Política de Atención*

Integral en Salud . Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, Bogotá.

Minsalud. (2019). *Atención Primaria en Salud*. Obtenido de APS en Colombia:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Atencion-primaria-en-salud.aspx>

Mintzberg, H. (2019). *Funciones del directivo*.

Mundial, B. (1997). *El conocimiento al servicio del desarrollo*. Informe sobre el desarrollo mundial.

Rodriguez, A. (2014). Internacionalización curricular en las universidades latinoamericanas.

Revista Argentina educacion superior, 149.

Salud, S. N. (2018). *Modelo de Inspección, Vigilancia y Control*. Bogotá.

Sannas. (27 de Febrero de 2019). *Sannas*. Obtenido de Dentofacial:

<http://www.sannasdentofacial.com/>

Universal. (25 de marzo de 2019). *Mutua*. Obtenido de <https://www.mutuauniversal.net/es/sobre-mutua-universal/conoce-mutua/mision-vision-valores/>

Vivar, C. (2010). La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. *Escuela de Enfermería, Universidad de Navarra. Pamplona, España*, 1-5.