

TRABAJO DE GRADO
TITULACIÓN MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS EN SALUD
CON ÉNFASIS INTERNACIONAL
ESCUELAS DE NEGOCIOS DE NAVARRA – FORO EUROPEO – UNIVERSIDAD
EAN

TÍTULO DEL PROYECTO

Propuesta en liderazgo del cambio de Red integral de Atención de varones con hiperplasia prostática (HPB) en búsqueda de calidad, costo-efectividad y eficiencia.

Estudiante: Juan Pablo Moncada Guayazán

Docente Tutor: Dra. Claudia Fabiola Rey

Maestría en Administración de Empresas de Salud
Facultad de Administración, Finanzas y Ciencias Económicas
Universidad EAN

Bogotá, D.C. Colombia – febrero 2019

TABLA DE CONTENIDO

MARCO TEÓRICO	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
MARCO METODOLÓGICO	10
Metodología de teoría fundada	10
Metodología de transferencia de conocimientos y transferencia de tecnologías	11
Investigación aplicada a la resolución de problemas locales	12
PROPUESTA DE SOLUCIÓN	13
Objetivo general:	13
Objetivos específicos:	13
CONCLUSIONES	19
RECOMENDACIONES	21
Modelo de atención de pacientes con Hiperplasia Prostática:	15
BIBLIOGRAFÍA	22

MARCO TEÓRICO

Teorías de liderazgo:

A pesar de que empresas, sociedades, países y organizaciones de toda índole han sido regidas a lo largo de la historia por directivos, jefes y/o presidentes, son los verdaderos líderes quienes han dejado huella indeleble a largo plazo en ellas. Desde la revolución francesa, la revolución industrial del siglo XIX, el reordenamiento geopolítico en el orbe luego de la primer y segunda guerra mundial, se ha logrado elucidar las características que los distintos líderes a cargo de organizaciones, estados y empresas poseen y han facilitado el éxito de ellas a lo largo del tiempo.

Ejemplos de los años treinta a cargo de Dale Carnegie (1936) y Napoleón Hill en E.E.U.U, quienes se dieron a la tarea de investigar las causas del éxito organizacional, aún se mantienen. Para los años ochenta y noventa, investigadores académicos como Kouzes y Posner (Kouzes, J., Posner, B, 1991) contemplaron, que las bases del éxito en liderazgo tenían ciertos rasgos reproducibles a gran escala. Para estos dos autores, en síntesis, son cinco aspectos que los líderes demuestran y con ello son efectivos:

1. Modelar el camino,
2. Inspirar una visión conjunta,
3. Retar los procesos,
4. Permitir que los colaboradores actúen y
5. Fortalecer el ánimo.

Luego de una revisión extensa, resumieron en los apartes anteriores las características más sobresalientes en aquellos individuos cuyos logros se conservaron con el paso de los años. Por otro lado, Jim Collins (2001), a principios de este siglo, declaró en su texto seguido por múltiples escuelas de negocios en los últimos veinte años, los rasgos de aquellas empresas y organizaciones que han mantenido el paso de las décadas y se consideran exitosas:

1. Liderazgo empático, introvertido, humilde,

2. Gestión basada en las personas,
3. Confrontación de los hechos de manera directa,
4. Enfoque en producto estrella,
5. Cultura de disciplina y
6. Aceleradores tecnológicos.

En común tienen los autores descritos el encontrar que el éxito del liderazgo se basa en el líder como persona, su trato y manejo de sus colaboradores y la fundamentación en valores compartidos organizacionales. De igual manera, así como es de importante y relevante la gestión de las relaciones interpersonales en el éxito de las organizaciones y empresas, otro aspecto fundamental es la gestión del *cambio*.

Todo líder se enfrenta a un *statuo quo* que al momento de asumir las riendas se debe controvertir e interrogar. Si no fuese así seguiría al volante el anterior guía. Por tanto, el cambio hace parte de la forma de hacer las cosas de los dirigentes cuyo valor prospera y sus equipos sobresalen. Ya lo contempló Kouzes y Posner desde la década del noventa, cómo asir el reto de cambiar los procesos, la cultura y los objetivos, desemboca en unión del equipo, formación de espíritu mancomunado, creación de una visión suficientemente fuerte cuyo faro empuja la consecución de los objetivos y, en últimas, facilita el óptimo desenlace de éxito (Kouzes, J., Posner, B, 1991).

Igualmente, otros autores, incluso desde la perspectiva de entidades de índole social y religioso, postulan la necesidad de cambio como uno de los pilares catalizadores de un liderazgo efectivo. Luego de fomentar la confianza en la cabeza del equipo, el reunir las fortalezas de los integrantes se sigue a la etapa de revisar el entorno, interrogarlo, fomentar el ajuste y liberar los factores que no facilitan el desenlace. La innovación se constituye en un elemento trascendental que favorece el logro de los objetivos (Sthal-Wert, J., Jennings, K. 2007).

Sin embargo, uno de los autores que más ha escrito sobre la gestión del cambio, ha sido John Kotter. Veinte años atrás, explicó a través de una serie de artículos los pasos que favorecen la institución del cambio, tanto en las personas como en las organizaciones.

En primera instancia, la creación de urgencia y necesidad de cambio, conforme las oportunidades pueden desvanecerse y la realidad de los contextos de mercado oscilan, erigen los cimientos. Segundo: la formación de coaliciones de personas aptas en cooperar y que fortalezcan la idea de equipo. Tercero: generar la visión, clara y expedita, sumada al establecimiento de una estrategia. Cuarto: permitir la comunicación de esta visión, así como su enseñanza. Quinto: Empoderar a los colaboradores con la toma de decisiones y asunción de riesgos. Sexto: planeación de pequeñas victorias y reconocimiento de dichos logros al equipo. Séptimo: demostración de la utilidad de los cambios, desprendimiento de procesos inútiles, sinergismo con proyectos adicionales que vigoricen la visión. Y, por último, institucionalizar los nuevos procesos, objetivos con la consecución de los logros propuestos inicialmente, además, de beneficiar la creación de más líderes y una eventual sucesión. (Koter, J. 1995).

Teorías sobre Hiperplasia Prostática:

La hiperplasia prostática es una condición de alta prevalencia en varones mayores, siendo su prevalencia del 40% en la quinta década de la vida, llegando hasta el 90% a los noventa años, por lo que se constituye como una de las principales causas del síndrome obstructivo urinario bajo. Hasta el presente, no se conoce ningún tratamiento preventivo para la hiperplasia prostática, y los utilizados buscan en esencia al alivio sintomático. Éstos pueden ser, por un lado, de carácter *invasivo*: cirugía realizada bajo distintas técnicas como colocación de sonda, balón de dilatación intraprostático, resección transuretral de próstata (RTUP) y nuevas tecnologías, que incluyen la terapia microondas (hipertermia, termoterapia y termoablación) así como alternativas con energía láser. Por otro lado, se encuentra la terapia de carácter *no invasivo*, que consiste en el tratamiento con fármacos (alfabloqueadores, inhibidores de la 5-alfa-reductasa, fitoterapia, etc.). Para la mayoría de los varones que presentan síntomas leves o moderados, una estrategia apropiada es el seguimiento clínico, que representa una alternativa más en lo que respecta al alivio sintomático de esta patología. Desde 1994 la Sociedad Americana de Urología ha establecido estrategias de tratamiento que difieren según el grado de los síntomas (leves, moderados, severos) definido según su puntuación en la escala validada de dicha Sociedad. Es al grado moderado (8-19 puntos

en esta escala) al que se le asignan más estrategias de tratamiento (vigilancia, tratamiento farmacológico con bloqueadores alfa o finasterida, o una opción quirúrgica) y la selección de uno u otro va a depender de diversos factores (clínicos, preferencia del paciente, etc.) (López-Ramos et al., 2015).

Aproximadamente el 20% de los pacientes con hiperplasia prostática, dentro del curso de la enfermedad hasta que son sometidos a eventual manejo quirúrgico, presentan en algún momento hematuria, un episodio de infección urinaria, crisis de retención urinaria espontánea o precipitada (alcohol, estreñimiento, medicamentos) y deterioro de los síntomas urinarios bajos que afectan sobremanera su calidad de vida (Gratzke et al. 2015). Los costos relacionados a la atención han sido evaluados en nuestro medio. Luego de un análisis de Markov realizado por autores colombianos, tomando como base los precios de medicamentos y costo de cirugía de la resección transuretral de próstata en nuestro medio, se demostró que el costo de tratamiento farmacológico a cinco años duplica a aquellos invertidos en manejo quirúrgico en pacientes con hiperplasia prostática. Así mismo, las inversiones en años de vida ganados ajustados a calidad de vida (AVAC) son favorables con cirugía con respecto a tratamientos farmacológicos (Gómez, Plata, & Roselli, 2010).

En Norteamérica también se han hecho modelaciones experimentales comparando los resultados a largo plazo en cuanto las decisiones de tratamiento en pacientes con HPB: los esquemas farmacológicos disminuyen los síntomas a corto plazo, mientras que el tratamiento quirúrgico con resección transuretral de próstata muestra resultados más contundentes a largo plazo concernientes a costo-efectividad y mejoría en la calidad de vida de los pacientes (Disanto Stefano R. L, et al. 2014). En el Reino Unido, viendo que tienen un sistema de salud unificado nacional con disponibilidad presupuestal estricta, la evaluación de distintos procedimientos quirúrgicos evidenció que el costo del evento quirúrgico comparado con los AVAC favorece a aquellos que son más económicos con respecto a tecnología más recientes, como el láser (Armstrong et al., 2009).

La inclusión de apoyo asistencial por parte de enfermeras en grupos poblacionales adscritos al Sistema de Salud Nacional en Reino Unido (NHS), reveló los beneficios en

disminución de costos de atención y aumento de oportunidad de valoraciones para pacientes con HPB. La reducción en un 30% del presupuesto de funcionamiento así lo demuestra (Dasgupta, Drudge-Coates L, et al 2009). El uso de cuestionarios internacionales (AUA score – IPSS) facilita la pesquisa y detección de la intensidad de síntomas urinarios, que sumado a factores predictores de progresión de la enfermedad como edad mayor a 70 años, escala de síntomas urinarios moderados a severos, volumen prostático mayor a 40 cc, niveles de antígeno prostático (PSA) superiores a 2,2 ng/ml así como nivel de protrusión prostática intravesical superior a 1 cm, permite el direccionamiento temprano de pacientes con HPB a servicios de urología y con ello ofrecer tempranamente tratamiento quirúrgico. Con lo anterior se busca evitar la progresión de la enfermedad, disminuir los índices de hematuria, retención urinaria, infecciones urinarias y falla renal de origen obstructivo, disminuir la afectación en la calidad de vida e incapacidad laboral y ahorrar costos de atención (Speakman, 2003).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a las estadísticas oficiales del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), el número de valoraciones relacionados a hiperplasia prostática y enfermedades del tracto genital masculino en la ciudad de Bogotá fueron en el 2017 en total de 34.254, afectando a 27.114 pacientes. En cuanto a procedimientos en salud abarcaron un número de 20.565 atenciones en 8.543 pacientes (SISPRO, 2018).

Fundamentado en las políticas actuales del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud, grupos de riesgo y población con eventos en salud determinados requieren de un esquema de atención que busque resultados en salud y optimice el manejo de recursos financieros asignados (Gaviria & Ruíz, 2016b). Por tal motivo, los varones con edad superior a cuarenta años que presenten síntomas y diagnóstico de Hiperplasia Prostática necesitan de una ruta de atención que facilite su pronta atención, mejoría de sus síntomas y, en caso de requerir tratamiento quirúrgico, ser sometidos a desobstrucción del tracto de salida vesical.

De tal manera, la articulación del aseguramiento y prestación de la atención en salud, junto con las políticas públicas, busca un principio de integralidad en miras de una igualdad de trato y oportunidades de acceso (principio de equidad) y abordaje integral salud-enfermedad consolidando las actividades de promoción, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para las personas. Así también, en un enfoque de salud familiar y comunitaria se busca la articulación del talento humano en salud, reorganización de los servicios de salud soportados en planeación y gestión territorial. Con dicho proceso de adscripción territorial a equipos integrales de salud se procura por responder por las acciones en salud en función de indicadores de proceso y resultados (Gaviria & Ruíz, 2016b).

El Modelo Integral de Atención en Salud, propuesto en el 2016 por el Ministerio de Salud, establece rutas de atención en tres ámbitos:

1. Ruta de promoción y mantenimiento de la salud,
2. Ruta de grupo de riesgo y
3. Ruta específica de atención.

Ésta última aborda intervenciones colectivas e individuales dirigidas al diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación y paliación de los eventos o condiciones específicas de salud priorizadas. Los objetivos de las rutas integrales de atención en salud (RIAS) son: centrado en los sujetos, seguridad y calidad, eficacia, eficiencia y equidad (Gaviria & Ruíz, 2016a). No obstante, en dichos documentos se establecen grupos de riesgo poblacional, dieciséis en total, centrados en los momentos del curso de vida, una población como los varones mayores a cuarenta años con síntomas del tracto urinario bajo asociado a hiperplasia prostática, no cuenta con especificación exacta dentro de los grupos de riesgos establecidos.

El objetivo del presente trabajo es proponer un modelo de atención integral de varones con síntomas del tracto urinario bajo e hiperplasia prostática (HPB), que busque calidad, costo-efectividad y eficiencia.

MARCO METODOLÓGICO

Metodología de teoría fundada

Teniendo en cuenta la información obtenida de los estudios de otras latitudes, fundamentado en datos observacionales de cohortes de pacientes seguidas en los años ochenta y noventa, principalmente en Norteamérica y Europa, se logró determinar la historia de atención de la HPB y sus inherentes desenlaces al final de su curso (Gratzke et al. 2015). La alta prevalencia de la hiperplasia prostática y su significativa incidencia de complicaciones asociadas, como la aparición de hematuria, retención urinaria, infección urinaria y falla renal, motiva a tener presente un modelo de atención costo efectivo. De igual manera, estudios cualitativos y cuantitativos de la literatura, realizados en Colombia y de manera reciente, demuestran que, gracias a análisis estadísticos, la atención de pacientes con hiperplasia prostática resulta de menor costo a largo plazo cuando se instaura manejo quirúrgico temprano con tecnología de bajo importe (Gómez, Plata, & Roselli, 2010). Por otro lado, la institución temprana de tratamiento quirúrgico para hiperplasia prostática demostró en ensayos científicos ser una alternativa con mejores resultados clínicos (mejoría de síntomas, satisfacción de los pacientes, menores complicaciones) con respecto al seguimiento y manejo farmacológicos dilatorio (Disanto Stefano, Biddle Ak Fau, et al. 2014).

En otro orden de ideas, sin dejar de lado que en políticas públicas en salud se necesita de prontitud y alcance a corto plazo, podemos extrapolar los resultados de éxito en liderazgo empresarial. Se demostró en estudios observacionales en donde sometieron a escrutinio una gran cantidad de organizaciones, que el cambio que los líderes instituyen en sus compañías se da por una mentalidad de reto y claridad de visión en un objetivo significativo, perenne y que se traduce en una cultura y valores corporativos diáfanos (Collins, J. 2005).

Finalmente, la publicación reciente de un nuevo modelo de atención en salud en nuestro medio, impulsado por los ingentes costos del sistema de atención, la llegada de nuevas tecnologías y fármacos así como las deficiencias actuales en oportunidad y prestación,

busca una mejoría progresiva en cobertura de atención efectiva, redistribución de recursos así como de profesionales y técnicos de la salud, si bien a la par de un ejercicio de equidad y seguridad para con los pacientes y usuarios del sistema, basado en las prácticas de otros sistemas de salud, análisis de costo-efectividad y estudios epidemiológicos de garantía de calidad y seguridad asistencial (Gaviria & Ruíz, 2016b).

Metodología de transferencia de conocimientos y transferencia de tecnologías

En la actualidad se reconoce la existencia a nivel global de instituciones que facilitan el vínculo entre diferentes actores: universidad, empresa y estado. Unos de los objetivos fundamentales de la generación de conocimiento por parte de las universidades es que los proyectos postulados y efectuados transfieran saber y generen impacto en todos los ámbitos, utilizando diversidad de sistemas semilleros, como centros o institutos de investigación, clústeres de innovación, empresas de base tecnológica (López, M., Mejía, J, et al, 2006).

Una de las misiones actuales de los campus universitarios es lograr mayor unión entre la formación y el desarrollo profesional de sus estudiantes y cuerpo docente. También hace parte del devenir universitario la investigación que desde antaño está relacionada entre el sistema científico y tecnológico y la sociedad en su conjunto, estando concebida como maniobra social para la superación de la pobreza. Por demás, la proyección social de la academia, como concepto surgido de la responsabilidad social empresarial, se apropia del concepto y le da un enfoque de extensión y proyección social como complemento intencionado en la formación estudiantil y, por su naturaleza, la creación y transferencia del conocimiento a través de la investigación. De lo anterior, la sociedad exige a la universidad la transferencia de conocimiento para mejorar las condiciones dignas de la vida humana en una comunidad (Arias, J., Aristizabal, C. 2011)

Para fundamentar el modelo de transferencia, se trae a colación la definición como un proceso mediante el cual el sector privado o público obtiene el acceso a los avances tecnológicos desarrollados por los científicos, el cual es un nexo entre la universidad y el sistema económico y social con el fin de un avance científico-técnico y económico

aplicado. La transferencia conlleva un convenio, un acuerdo, supone un pago y por tanto, la comercialización del conocimiento es un elemento inherente a este proceso (López, M., Mejía, J, et al, 2006). En el ámbito del presente trabajo y propuesta, ya que el sistema de seguridad social en Salud en Colombia tiene un propósito público, de equidad y de gran responsabilidad social, se busca sino un rédito académico y de generación de conocimiento que ponga a prueba las directrices del modelo de atención integral en Salud (MIAS) publicado por el ente rector, el Ministerio de Salud de Colombia en 2016; de igual modo, sirva de esfuerzo pionero para que los distintos entes territoriales, de aseguramiento y prestación postulen futuros esquemas de atención de las categoría de riesgo, períodos de vida, y patología específicas.

Como parte del ejercicio académico, y en el contexto de la Universidad EAN como escuela germen de emprendimiento y transformación productiva de conocimiento, se afirma que en un modelo de transferencia de “triple hélice” en donde academia, estado y empresa conforma una tríada de emprendimiento de cuyo esfuerzo, en este caso específico de un modelo de atención en salud, la cátedra se constituye en asesor calificado con retorno de patrimonio de prestigio (Leydesdorff, L. Etzkowitz, H. 1998).

Investigación aplicada a la resolución de problemas locales

Si bien es cierto que la producción de investigaciones tiene su principal foco en América del norte y Europa con respecto a la historia natural en grandes cohortes de pacientes, en nuestro medio se han realizado estudios que han logrado evidenciar la afectación de la calidad de vida de varones con hiperplasia prostática. Comparando las poblaciones que fueron seguidas en el tiempo y que recibieron tratamiento farmacológico (alfabloqueadores, inhibidores de la 5 alfa reductasa) y vigilancia, aquellos que fueron sometidos al principio del curso de la enfermedad (desde las primeras consultas) a manejo quirúrgico, éstas últimas vieron beneficiada su calidad de vida hasta en un sesenta por ciento con respecto a las primeras. Así también, se documentó de acuerdo a modelos estadísticos de simulación, que los costos de tratamiento a largo plazo se reducen si una buena cantidad de pacientes reciben en primera instancia tratamiento quirúrgico en vez de manejo farmacológico (Gómez, Plata, & Roselli, 2010). La

reducción de costos podría llegar a un treinta por ciento. Por último, los costos de tratamientos con respecto a años de vida ajustados por calidad, indican un beneficio del tratamiento quirúrgico temprano en comparación a manejo con terapia médica.

PROPUESTA DE SOLUCIÓN

En esencia, teniendo como panorama las dificultades actuales del sistema de salud colombiano, sumado a la insatisfacción de la atención, costos en ascenso y dificultad para el acceso a la prestación, los profesionales de salud debemos liderar la macrogestión del sistema. De esta manera, apropiando los conocimientos en economía de la salud, manejo de recursos humanos, pensamiento estratégico, liderazgo organizacional y finanzas, los médicos y enfermeras debemos, desde una perspectiva humanística y centrada en el paciente, comenzar por proponer redes integrales de atención en salud contempladas por el Ministerio de Salud de Colombia desde hace dos años. En lo que atañe a este escrito, concierne a una ruta específica de atención en hiperplasia prostática a la que se suma un protocolo de liderazgo de cambio.

Objetivo general:

Proponer un modelo de atención para pacientes con hiperplasia prostática (HPB) costo-efectivo, con calidad y eficiencia.

Objetivos específicos:

1. Allanar la información propuesta por el Ministerio de Salud Nacional en 2016 en el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y aplicarla a la población con hiperplasia prostática.
2. Revisar la información a la fecha en la literatura científica concerniente al tratamiento con calidad, costo-efectividad y eficiencia en pacientes con hiperplasia prostática.
3. Revisar los datos en la literatura acordes con el impacto de la hiperplasia prostática y sus complicaciones en la población afectada.
4. Revisar la información publicada al respecto de teoría del liderazgo con el fin de compaginarla con el esfuerzo propuesto en este documento.
5. Resumir en una serie de pasos concretos la manera de atención de varones con HPB basados en georreferenciación.

Aparte al esquema anterior, se plantea seguir el protocolo de liderazgo propuesto por Kotter (Koter, J. 1995):

1. Sensibilización de necesidad de urgencia: primer paso con el objeto de poner en marcha el proyecto. Sin cambios no habrá resultados. La población adscrita requiere prevenir pacientes varones que cursen en retención urinaria, sufran de infecciones urinarias recurrentes, presenten hematuria por hiperplasia prostática o falla renal de origen obstructivo. Todo lo anterior conlleva a aumento de costos, ausentismo laboral y años de calidad de vida afectados por la enfermedad; además, conlleva de manera secundaria a que la mayoría de estos pacientes afectados por las complicaciones de la enfermedad ameriten cuidadores, lo que condiciona aumento de costos por contratación de personal o más ausentismo al trabajo.
2. Formar coalición efectiva: pedagogía asertiva a personal de enfermería y medicina general. Personal administrativo en función del servicio y asistencia colaborativa enfocada al paciente. Se necesita que el personal más entrenado en la enfermedad sea enfermería, ya que tendrá a cargo la mayor cantidad de la atención.

3. Creación de visión de cambio: Liderazgo en esencia donde se inspira a los colaboradores en el objetivo de brindar atención de calidad, efectiva y pronta a la población en riesgo de sufrir hiperplasia prostática y sus complicaciones. Servir, trascender con ayuda y colaboración. Amor al prójimo. Dar ejemplo sostenido, de entrega, lleno de valores y en aras de crear una cultura al servicio de los pacientes.
4. Comunicación de la visión: Día a día. El ejemplo que transpira el líder a sus seguidores día a día, compartiendo con ellos en su sitio de trabajo y a través de reuniones, la hora del almuerzo y demás, propaga la visión de la empresa.
5. Empoderar la acción: Mostrar el primer paso, así como el segundo. Poner en marcha el centro de atención primario. Atender el mismo líder a los primeros pacientes en persona. Compaginar los actos de gestión con delegar funciones y responsabilidades entre los colaboradores.
6. Crear pequeños triunfos: Demostrar a todos, la satisfacción que los pacientes demuestran al salir por la puerta del centro de atención. Evidenciar que el servicio de enfermería puede brindar atención primaria tan válida como el paradigma que hasta la fecha persiste: el facultativo es el único que brinda atención médica. Al cabo de un período de un año, enseñar a todos los colaboradores los resultados de gestión de conocimiento, fortalecimiento de procesos, satisfacción del paciente y esquema de costos reducidos.
7. Crear el cambio: Exponer a todos que se pueden hacer las cosas de manera distinta a como se viene realizado usualmente. Fortalecer los procesos intrainstitucionales mediante pequeños cambios basados en eficiencia y satisfacción.
8. Impulsar la adherencia: Compartir con todos los colaboradores los éxitos y hacerlos propietarios de los mismos. Demostrar que los logros fueron originados en las labores diarias y diligentes de todos los partícipes en la empresa.

Propuesta de modelo de atención de pacientes con Hiperplasia Prostática:

1. Se propone en primera instancia la conformación de referenciación de pacientes con respecto a ubicación geográfica y asignados a un centro de atención

conformado por médico general, jefe de enfermería y dos auxiliares de enfermería. Este centro podría hacerse cargo de aproximadamente ochocientos a mil pacientes de su circunscripción territorial. A su vez, cada veinte a treinta centros de atención serán adscritos a un especialista en urología. Presupuesto mensual aproximado 2019 de un centro de atención: \$10.000.000 COP. Presupuesto mensual aproximado 2019 de centro con especialista en urología: \$20.000.000 COP.

2. Dado que los pacientes que sufren de hiperplasia prostática tienen cuarenta o más años, hacen parte de la cohorte de pacientes que reciben periódicamente atención para la Detección Temprana de Alteraciones del Adulto y el modelo de atención integral en salud (MIAS), más específicamente sobre la gestión integral del riesgo en salud y, como tal, tienen estipulado seguimientos médicos y por enfermería en los que se permite hacer una indagación inicial de su estado de salud. Por tal razón, se recomienda realizar a partir de los cuarenta y cinco años de vida el cuestionario escrito internacional de síntomas prostáticos (IPSS) y realización de PSA rutinario por parte de una enfermera, así como uroanálisis. De determinarse que el paciente tiene síntomas moderados o severos (puntaje mayor a 7 sobre 35) y un PSA mayor a 2.2 ng/ml, deberá ser valorado por el médico general quien a su vez realizará tacto rectal y ordenará ecografía de vías urinarias en búsqueda de protrusión prostática intravesical mayor a un centímetro. De presenciar estos hallazgos, el paciente será valorado por urólogo adscrito territorialmente. Presupuesto mensual aproximado de realización laboratorio PSA y ecografía de vías urinarias \$4.000.000 COP.
3. De los pacientes que lleguen a consulta con urólogo, se revalorará la severidad de síntomas de acuerdo al cuestionario IPSS, se corroborará el tacto rectal y se revisarán los hallazgos de la ecografía de vías urinarias. De evidenciarse síntomas severos, protrusión prostática intravesical mayor a un centímetro y PSA superior a 2.2 ng/ml y que no supere los estándares que sugieren cáncer de próstata, el paciente sería candidato para desobstrucción del tracto de salida vesical mediante RTU de próstata o prostatectomía abierta. De lo contrario, de

presentar síntomas moderados (IPSS entre 8 y 19 puntos) y protrusión prostática inferior a un centímetro, se le ofrecerá tratamiento farmacológico a mediano plazo. La reevaluación se podrá realizar a cargo de enfermería al cabo de 3 meses. De no haber respuesta farmacológica, el paciente será candidato para tratamiento quirúrgico. Presupuesto de intervención quirúrgica por paciente por evento: \$3.000.000 COP.

4. Las distintas novedades como PSA superior a 4 ng/ml o superior a los estándares de la edad, hallazgo anormal al tacto rectal, presencia de hematuria macro o microscópica o descubrimientos sugestivos de un diagnóstico diferencial (tumor de vejiga, vejiga neurogénica, estrechez uretral, cistopatía diabética, infección urinaria, vejiga hiperactiva) conminará a que el médico general o el urólogo soliciten estudios indagatorios al respecto (biopsia transrectal de próstata, urodinamia, cistoscopia, tac abdomen). Presupuesto de estudios adicionales por mes: \$3.000.000 COP.
5. El seguimiento periódico de los pacientes se realizará cada tres meses por parte de enfermería en el centro de atención primaria para los pacientes con síntomas urinarios moderados, mediante cuestionario de síntomas urinarios (IPSS); se continuará la prescripción de alfabloqueadores mientras la respuesta al tratamiento demuestra ausencia de progresión de los síntomas. Requerirán tacto rectal por parte del médico general cada año y medio, así como medición de niveles de PSA.
6. Los indicadores de la efectividad y del manejo del grupo de pacientes adscritos serán:
 - Cubrimiento de tamizaje varones mayores a 45 años: Total pacientes tamizados/total pacientes varones mayores a 45 años.
 - Índice de severidad en pacientes tamizados: total pacientes con síntomas moderados y severos/total de pacientes tamizados por enfermería.

- Índice de pacientes intervenidos quirúrgicamente: total pacientes sometidos a cirugía en un año/total pacientes tamizados
- Índice de falla terapéutica: total pacientes bajo alfabloqueador que requieren cirugía/total pacientes tamizados.
- Índice de pérdida de tamizaje: total pacientes tamizados año año más reciente/total pacientes tamizados año previo al reciente x 100.

CONCLUSIONES

Gracias a las experiencias investigativas en otras latitudes, donde existen mayores recursos económicos, sistemas de información clínica y epidemiológica más contundente que en nuestro medio, podemos traer información a nuestro entorno que, desde luego, puede ser útil y comenzar con dichos datos a hacer los modelos que permitan brindar costo-efectividad, calidad y eficacia en el tratamiento de la hiperplasia prostática. Lo anterior facilitará la adquisición de experiencia y conocimientos que validen a mediano y largo plazo el esquema de tratamiento con las cohortes de pacientes locales. Así mismo, esta experiencia, de ser iniciada, se contemplará como pionera dentro de las rutas de atención de patologías específicas y podrá ser tomada con ejercicio para que otras enfermedades tengan similares modelos de atención.

Si bien es cierto que el modelo propuesto se aplica para el manejo de hiperplasia prostática, otras patologías de índole urológico y de otras especialidades pueden ser enriquecidas con un ejercicio similar. La estrategia de buscar una atención costo-efectiva, que rinda beneficio a los pacientes y brinde efectividad, calidad de atención y diligencia del manejo de la enfermedad, siempre ofrece beneficios a larga escala.

Del mismo modo, la observación de esquemas de atención y afiliación en seguridad social en salud, como los que funcionan actualmente en Europa, y más específicamente en España, Francia y Alemania, donde existen modelos de aseguramiento público universal respaldados por presupuesto gubernamental derivado de impuestos y apalancados por patrones sistematizados georreferenciados y altamente actualizados en cuanto a la información epidemiológica y de historia clínica, permite sugerir que la atención de pacientes soportado por una adscripción territorial facilita la atención oportuna, el conocimiento del perfil de morbilidad de la población, la asignación de presupuesto de servicio y la distribución de los distintos niveles de complejidad de prestación médica. Empero, cabe la postulación de protocolos de atención de índole privado, esbozados en conceptos de aseguramiento, donde el comportamiento de la población asegurada y sus eventuales sesgos de selección de enfermedad presentan un

comportamiento sui generis, cuya práctica propende más hacia la satisfacción de clientes con altos estándares, inmediatez y propuestas de lujo y distinción. De tal manera, existe siempre un mercado de necesidades a complacer en la comunidad.

RECOMENDACIONES

Vale la pena sugerir a las instancias de índole pública y privada que rigen nuestro sistema de seguridad social en salud, la implementación expedita de los primeros modelos de atención en salud de los respectivos grupos de riesgo y entidades en salud. Teniendo en cuenta modelos de creación-medición-aprendizaje, se lograrán resultados iniciales con productos mínimos viables a partir de los cuales se progresará en alcance. Así mismo, se busca que se inicie la contabilidad de indicadores básicos de cada entidad con los cuales se enfrentará el esquema de costos. De lo anterior se obtendrá los pivotes con los que se podrá expandir la implementación del modelo a escala mayor. Se propone el inicio del modelo de atención de hiperplasia prostática en poblaciones de ciudades intermedias y pequeñas (menor a trescientos mil habitantes) sin mayor variación de sus perfiles sociodemográficos, lo cual facilitará la inscripción, monitorización, aprendizaje y modificación. El primer paso será la creación de un manual de liderazgo y algoritmo de atención para los colegas médicos y jefe de enfermería a cargo de las unidades primarias de atención con toda la información anotada en la propuesta arriba mencionada. El segundo paso será la institución de reportes trimestrales de resultados con los indicadores arriba expuestos. Y tercero, el comité de evaluación semestral de resultados con miras de modificar conductas, aplicación y adhesión.

BIBLIOGRAFÍA

Arias, J. y Aristizabal, C. (2011). Transferencia de conocimiento orientada a la innovación social en la relación ciencia- tecnología y sociedad. *Revista Pensamiento y Gestión*, 31.

Armstrong, N., Vale, L., Deverill, M., Nabi, G., McClinton, S., N'Dow, J., . . . for the, B. P. E. S. G. (2009). Surgical treatments for men with benign prostatic enlargement: cost effectiveness study. *The BMJ*, 338, b1288. doi:10.1136/bmj.b1288

Carnegie, D. (1936) *How to Win Friends and Influence People*. Simon-Schuster.

Collins, J., & Collins, J. C. 1. (2005). *Good to great and the social sectors: A monograph to accompany Good to great: why some companies make the leap- and others don't*. [Boulder, Colo.]: Jim Collins.

Dasgupta, P., Drudge-Coates L Fau - Smith, K., Smith K Fau - Booth, C. M., & Booth, C. M. (2009). The cost effectiveness of a nurse-led shared-care prostate assessment clinic. (0035-8843 (Print)).

Disanto Stefano, R. L., Biddle Ak Fau - Lavelle, J. P., & Lavelle, J. P. (2014). An evaluation of the economic costs and patient-related consequences of treatments for benign prostatic hyperplasia. (1464-4096 (Print)).

Gaviria, A., & Ruíz, F. (2016a). *Manuel metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud*.

Gaviria, A., & Ruíz, F. (2016b). *Política de Atención Integral en Salud. "Un sistema de salud al servicio de la gente"*. Bogotá, Colombia.

Gratzke, C., Bachmann, A., Descazeaud, A., Drake, M. J., Madersbacher, S., Mamoulakis, C., . . . Gravas, S. (2015) *EAU Guidelines on the Assessment of Non-neurogenic Male*

Lower Urinary Tract Symptoms including Benign Prostatic Obstruction. (1873-7560 (Electronic)).

Gómez, P., Plata, M., & Roselli, D. (2010). Evaluación económica del tratamiento de la hiperplasia prostática benigna en Colombia. In (Vol. 19, pp. 69-76). Revista Urología Colombiana.

Hill, N. Think and grow rich. Simon and Schuster, 1937.

Kotter, J. *Leading change: what transformational efforts fail*. Harvard Business Review, 1995.

Kouzes, J., Posner, B. (1991) The leadership challenge. Wiley editorial. 1991.

Leydesdorff, L. y Etzkowitz, H. (1998). The Non-linear Dynamics of Sociological Reflections. *International Sociology*, 25-45

López, M., Mejía, J. y Schmal, R. (2006). Un acercamiento al concepto de la transferencia de tecnología en las universidades y sus diferentes manifestaciones. *Panorama Socioeconómico*, 24(32).

López-Ramos, H., Gómez Cusnir, P., Moreno, M., Patiño, G., Rasch-Isla, A., Dallos, A., . . . Vega, J. (2015). Guía de manejo de la hiperplasia prostática benigna. Sociedad Colombiana de Urología 2014. *Urología Colombiana*, 24(3), 187.e181-187.e132. doi:10.1016/j.uroco.2015.04.005

Speakman, M. J. (2003). Disease Management Programs to Promote Early Diagnosis and Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia. *Disease Management & Health Outcomes*, 11(1), 7-10.

(SISPRO) Sistema Integral de Información de la Protección Social. Página web. Noviembre 2018. <http://www.sispro.gov.co/>

Stahl-Wert, J., Jennings, K. (2007) *Ten thousand horses: How leaders harness raw potential for extraordinary results*. Berrett-Koehler Publishers.

LICENCIA DE USO – AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES

Actuando en nombre propio identificado (s) de la siguiente forma:

Nombre Completo Juan Pablo Moncada Guayabán

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: 13722753

Nombre Completo _____

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: _____

Nombre Completo _____

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: _____

Nombre Completo _____

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: _____

El (Los) suscrito(s) en calidad de autor (es) del trabajo de tesis, monografía o trabajo de grado, documento de investigación, denominado:

Propuesta en liderazgo del cambio de Red Integral de Atención de varones con hiperplasia prostática (HPP) en búsqueda de calidad, costo-efectividad y eficiencia

Dejo (dejamos) constancia que la obra contiene información confidencial, secreta o similar. SI NO
(Si marqué (marcamos) SI, en un documento adjunto explicaremos tal condición, para que la Universidad EAN mantenga restricción de acceso sobre la obra).

Por medio del presente escrito autorizo (autorizamos) a la Universidad EAN, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad EAN y a los usuarios de bases de datos y sitios webs con los cuales la Institución tenga convenio, a ejercer las siguientes atribuciones sobre la obra anteriormente mencionada:

- A. Conservación de los ejemplares en la Biblioteca de la Universidad EAN.
- B. Comunicación pública de la obra por cualquier medio, incluyendo Internet
- C. Reproducción bajo cualquier formato que se conozca actualmente o que se conozca en el futuro
- D. Que los ejemplares sean consultados en medio electrónico
- E. Inclusión en bases de datos o redes o sitios web con los cuales la Universidad EAN tenga convenio con las mismas facultades y limitaciones que se expresan en este documento
- F. Distribución y consulta de la obra a las entidades con las cuales la Universidad EAN tenga convenio

Con el debido respeto de los derechos patrimoniales y morales de la obra, la presente licencia se otorga a título gratuito, de conformidad con la normatividad vigente en la materia y teniendo en cuenta que la Universidad EAN busca difundir y promover la formación académica, la enseñanza y el espíritu investigativo y emprendedor.

Manifiesto (manifestamos) que la obra objeto de la presente autorización es original, el (los) suscritos es (son) el (los) autor (es) exclusivo (s), fue producto de mi (nuestro) ingenio y esfuerzo personal y la realizó (zamos) sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es de exclusiva autoría y tengo (tenemos) la titularidad sobre la misma. En vista de lo expuesto, asumo (asumimos) la total responsabilidad sobre la elaboración, presentación y contenidos de la obra, eximiendo de cualquier responsabilidad a la Universidad EAN por estos aspectos.

En constancia suscribimos el presente documento en la ciudad de Bogotá D.C.,

NOMBRE COMPLETO: <u>Juan Pablo Mancada</u>	NOMBRE COMPLETO: _____
FIRMA: <u>[Firma]</u>	FIRMA: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>13742973</u>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____
FACULTAD: <u>Admin, Finanzas y C. Econ</u>	FACULTAD: _____
PROGRAMA ACADÉMICO: <u>Maestría Admin de Empresas en Salud (MBAE)</u>	PROGRAMA ACADÉMICO: _____

NOMBRE COMPLETO: _____	NOMBRE COMPLETO: _____
FIRMA: _____	FIRMA: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____
FACULTAD: _____	FACULTAD: _____
PROGRAMA ACADÉMICO: _____	PROGRAMA ACADÉMICO: _____

Fecha de firma: 6. Junio. 19.