



MODALIDAD: INVESTIGACIÓN APLICADA  
ESTRATEGIA DE LA CUÁDRUPLE META: LIMITACIONES DE SU  
IMPLEMENTACIÓN EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD  
DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD

DIANA ROCÍO ALARCÓN GRISALES

LUZ KARINE LONDOÑO PINEDA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
MAESTRÍA EN GERENCIA DE ORGANIZACIONES EN SALUD  
SANTIAGO DE CALI

2020

MODALIDAD: INVESTIGACIÓN APLICADA  
ESTRATEGIA DE LA CUÁDRUPLE META: LIMITACIONES DE SU  
IMPLEMENTACIÓN EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD  
DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD

DIANA ROCÍO ALARCÓN GRISALES

LUZ KARINE LONDOÑO PINEDA

Trabajo de grado como requisito parcial para optar al título en Magister en Gerencia de  
Organizaciones de Salud

Directora de trabajo de grado: Martha Viviana Arboleda Cano

Médico, Magister en Gerencia de Organizaciones en Salud

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
MAESTRÍA EN GERENCIA DE ORGANIZACIONES EN SALUD  
SANTIAGO DE CALI

2020

Santiago de Cali, noviembre 05 de 2020

Doctor

**Silvio Borrero Caldas**

Decano

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Pontificia Universidad Javeriana Cali

Por medio de la presente estamos entregando a usted el Trabajo de Grado cuyo título es “Estrategia de la cuádruple meta: limitaciones de su implementación en Institución Prestadora de Servicios de Salud de mediana y alta complejidad”

Esperamos que este trabajo cumpla con los requisitos académicos exigidos y que alcance el propósito para el cual fue elaborado.

Atentamente,



Diana Rocío Alarcón Grisales

C.C: 1.115.080.579



Luz Karine Londoño Pineda

C.C: 1.115.067.077

Santiago de Cali, noviembre 05 de 2020

Doctor

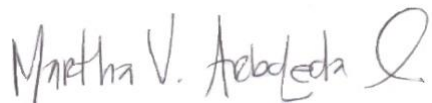
**Silvio Borrero Caldas**

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Pontificia Universidad Javeriana Cali

Por medio de la presente me permito comunicarle, que en mi calidad de director de trabajo de grado he leído detenidamente el informe final del estudio titulado “Estrategia de la cuádruple meta: limitaciones de su implementación en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de mediana y alta complejidad”, realizado por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana nombres: Diana Rocío Alarcón Grisales y Luz Karine Londoño Pineda, identificadas con cédula de ciudadanía 1.115.080.579 y 1.115.067.077 respectivamente, considero que cumple con todos los requisitos requeridos para ser presentado a evaluación.

Atentamente,



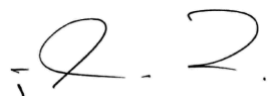
Martha Viviana Arboleda Cano

Director del Trabajo de Grado

ARTÍCULO 23 de la resolución N° 13 de julio 6 de 1946

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque la Tesis no contenga ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas al anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

**“Estrategia de la cuádruple meta: limitaciones de su implementación en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de mediana y alta complejidad”** Aprobado por el Comité de Trabajos de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Pontificia Universidad Javeriana para optar por el título de Magíster en Gerencia de Organizaciones de Salud.



---

**SILVIO BORRERO CALDAS**  
Decano Académico  
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas



---

Claudia I Vivas Tobar  
Director Adjunto MGOS



---

**Javier Beron Zea**  
Jurado Calificador



---

**MARTHA VIVIANA ARBOLEDA CANO**  
Director trabajo de grado

Santiago de Cali, enero 27 de 2021

## **Dedicatoria**

A Dios por darnos salud, fortaleza y perseverancia para cumplir nuestros sueños.

A nuestras familias por ser el motor de cada día y apoyarnos en nuestro crecimiento personal y profesional.

## **Agradecimientos**

A nuestros profesores de la Maestría en Gerencia de Organizaciones de Salud por brindarnos los conceptos, las herramientas y las mejores experiencias durante todo este proceso de aprendizaje.

A nuestra directora de trabajo de grado Mtr. Martha Viviana Arboleda por toda su disposición, acompañamiento y asesoría a lo largo de nuestra investigación.

A nuestros compañeros de estudio por hacer de este proceso de aprendizaje, más que un aula de clase, un lugar para compartir y formar amigos.

## CONTENIDO

Resumen.....	1
1. Planteamiento del problema .....	3
2. Marco conceptual o teórico .....	6
2.1 Contexto normativo y jurídico en salud en Colombia.....	6
2.2 Contexto actual de la calidad en salud en Colombia.....	7
2.3 Estrategia de la cuádruple meta a nivel internacional .....	9
2.4 Implementación de la estrategia de la cuádruple meta en Colombia.....	11
2.5 Limitaciones identificadas al implementar los elementos de la cuádruple meta en IPS. 14	
2.6 Descripción Institución Prestadora de Servicios de Salud .....	19
3. Objetivos.....	21
3.1 Objetivo General.....	21
3.2 Objetivos Específicos .....	21
4. Metodología.....	22
4.1 Tipo de estudio .....	22
4.2 Diseño del estudio.....	22
4.3 Técnica y herramienta de recolección .....	23
4.4 Análisis .....	27
4.5 Consideraciones éticas.....	28
5. Resultados.....	30
5.1 Categoría estrategia gerencial.....	30
5.2 Categoría costo per cápita.....	31
5.3 Categoría experiencia de los profesionales.....	32
5.4 Categoría experiencia de los usuarios.....	33
5.5 Categoría salud de la población .....	34
5.6 Categoría limitaciones cuádruple meta.....	35
6. Discusión y conclusiones.....	39
Anexos .....	44
Anexo 1. Entrevista Semiestructurada .....	44
Anexo 2. Consentimiento Informado de participación en trabajo de investigación .....	46
Referencias.....	50

## LISTADO DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> .....	31
<b>Figura 2</b> .....	32
<b>Figura 3</b> .....	33
<b>Figura 4</b> .....	34
<b>Figura 5</b> .....	36

## LISTADO DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> .....	11
<b>Tabla 2</b> .....	24
<b>Tabla 3</b> .....	25
<b>Tabla 4</b> .....	35

## Resumen

Esta investigación de estudio de caso describe las limitaciones al aplicar la cuádruple meta en una Institución Prestadora de Servicios de salud (IPS). Con entrevistas semiestructuradas, analizadas bajo el software ATLAS.ti, se identifica que la estrategia no se definió desde la planeación institucional. Entre los principales resultados de esta investigación se identificó que la desarticulación entre IPS de diferentes niveles, inequidad de oferta de servicios de salud, emisión de políticas nacionales no alineadas, falta de humanización de la atención, comunicación, modelo de contratación del personal y educación de los profesionales afectan la implementación de la estrategia de la cuádruple meta.

***Palabras claves (DESC):*** Evaluación de Proceso y Resultados en Atención de Salud, Calidad de la Atención en Salud, Satisfacción en el Trabajo, Satisfacción del Paciente, Costos de la atención en Salud.

### **Abstract**

This study case research describes limitations in applying the quadruple aim in a Health Care Provider with semi-structured interviews, analyzed under ATLAS.ti software. It was identified that the strategy was not defined from institutional planning. Among the main results of this research were the disarticulation between healthcare providers, inequity of offering health services, issuance of unaligned national policies, humanization of care, communication, recruitment model and professional's education affect the implementation of the strategy of the quadruple aim.

*Abstract and Key Words (MESH):* Outcome and Process Assessment, Health Care, Quality of Health Care, Job satisfaction, Patient satisfaction, Health Care.

## 1. Planteamiento del problema

La salud es considerada como un factor fundamental en la vida humana, su preservación o recuperación, mediante la prestación de servicios de salud de calidad en diferentes niveles de complejidad, requiere del compromiso de todos los actores, bajo la excelencia, la eficiencia en la gestión de recursos y la efectividad en la atención hacia los pacientes (Malagón et al., 2006).

A nivel mundial, el concepto de calidad en el ámbito de la salud es un reto para los actores del sistema, ya que es resultado de la percepción personal del usuario final, como consecuencia de la atención recibida de cada uno de los involucrados en el proceso de atención (Cano et al., 2015).

En Colombia, según el decreto 1011 de 2006, se define la calidad en la atención en salud:

Como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel de profesionales óptimos, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2006, p.1).

Con el fin de mejorar la calidad en los sistemas de salud y la prestación de servicios, el instituto para el mejoramiento de atención médica (IHI) en conjunto con un grupo de organizaciones de salud de los Estados Unidos desarrollaron una estrategia nacional de calidad que buscó integrar, de manera conjunta y paralela, tres elementos: 1. experiencia de los usuarios, 2. salud de la población y 3. eficiencia en costos, llamada la Triple Meta (Whittington et al., 2015).

Esta estrategia se extendió a nivel mundial buscando optimizar el rendimiento de los sistemas de salud. Se analizó que los usuarios esperaban mayor efectividad, oportunidad y empatía

por parte de los profesionales de salud, además que “el cuidado del paciente requería también del cuidado del personal médico” (Bodenheimer y Sinsky, 2014, p.3); fue entonces cuando se adicionó un cuarto elemento, la experiencia de los profesionales de la salud.

En Colombia, el Gobierno Nacional (2018-2022) desde su Ministerio de Salud y Protección Social estableció elementos clave como: visión, calidad, talento humano, salud pública y sostenibilidad financiera, para mejorar la atención y la equidad en los servicios de salud de los colombianos, además de contribuir a la salud de la población, ofrecer servicios con calidad, buen trato, eficiencia y responsabilidad financiera (Pino, 2019).

En el año 2019, en la ciudad de Cali, se analizó que la estrategia de la Cuádruple meta en su generalidad ha sido implementada por algunas aseguradoras y prestadores de servicio de salud. No obstante, se identificó falta de herramientas, alcances y definiciones para la medición estandarizada de la implementación de la estrategia por los diferentes actores del sistema de salud de Colombia, así como, limitaciones e insuficiencia de investigaciones, publicaciones y literatura relacionada en el país (Arboleda y Boresoff, 2019).

De acuerdo con lo anterior, la estrategia de la cuádruple meta se ha implementado en diferentes países desarrollados como táctica para mejorar la calidad y sostenibilidad de los servicios de salud. En Colombia se reconoció la insuficiencia de métodos e investigaciones alrededor de la estrategia, incluso, la ausencia de estudios que evalúen las limitaciones que enfrentan las organizaciones de salud al implementar los elementos de esta estrategia, puesto que Arboleda y Boresoff (2019) sólo enfocaron su estudio a analizar sí la cuádruple meta se implementó en aseguradores y prestadores de Cali, mas no evaluaron cuales barreras experimentaron estas organizaciones de salud al implementarla.

Por lo tanto, se identificó la necesidad de desarrollar una investigación cualitativa de estudio de caso, en una Institución Prestadora de Servicios de salud (IPS) de mediana y alta complejidad en Guadalajara de Buga, para establecer las limitaciones de una IPS al implementar la estrategia de la cuádruple meta. Se verificó los elementos de la estrategia establecidos por la IPS, con base en los propuestos por Delgado (2012). Se determinó las principales limitaciones de la implementación de la cuádruple meta en sus niveles organizacionales. Se caracterizaron las similitudes entre las limitaciones identificadas por la IPS de estudio y los referentes internacionales en la aplicación de la estrategia.

## **2. Marco conceptual o teórico**

### **2.1 Contexto normativo y jurídico en salud en Colombia**

El sistema de salud de Colombia se establece como un servicio público de carácter obligatorio, bajo pilares como eficiencia, universalidad y solidaridad en la constitución nacional de 1991 (Congreso de Colombia, 1991). Dando continuidad, la ley 100 de 1993 define principios fundamentales del sector salud como eficiencia, participación, universalidad e integralidad; además se establecen aspectos como dos regímenes de salud para la población, contributivo y subsidiado, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) como administradoras y quienes contratan con las IPS (Congreso de Colombia, 1993).

Para garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud bajo atributos como pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad y seguridad, centrados en el usuario y el mejoramiento de los resultados de la atención en salud, además de los requisitos mínimos que se deben cumplir por parte de los diferentes actores del sistema de salud, se implanta el decreto 1011 de 2006 (MSPS, 2006).

Posteriormente, la ley 1122 de 2007 prioriza el mejoramiento en la prestación de servicios de salud a través del fortalecimiento los programas de salud pública mediante la evaluación de resultados e indicadores de gestión, además del pago anticipado por parte de las EPS a las IPS por los servicios prestados (100% para contratos de capitación y 50% para contratos por evento o pagos prospectivos) (Congreso de Colombia, 2007). La ley 1438 del 2011 plantea la estrategia de atención primaria, resultados en salud a través del plan decenal de salud pública y el observatorio nacional de salud, priorización de población vulnerable como infantes y maternas, financiación

del sistema y actualización del plan obligatorio de salud cada dos años (Congreso de Colombia, 2011) y la ley 1751 de 2015 instauro el derecho a la salud, orienta la integración, implementación y coordinación de la gestión en salud pública, aseguramiento y prestación de servicios de salud (Congreso de Colombia, 2015).

## **2.2 Contexto actual de la calidad en salud en Colombia**

Se define calidad en la atención en salud como la satisfacción de los usuarios a partir de la prestación de servicios de salud accesibles y equilibrados, que evalúan los riesgos, costos y beneficios individuales y colectivos (MSPS, 2006).

Lograr salud y bienestar de una población, requiere de cobertura y acceso universal a la salud (Organización Panamericana de Salud [OPS], 2014). De acuerdo con las cifras de aseguramiento en salud en Colombia, a junio de 2020 la cobertura total fue 95.9%, en su mayoría del régimen subsidiado. En el Valle del Cauca la cobertura total fue de 91.01%, que, a diferencia de la cobertura nacional, pertenecen al régimen contributivo. Guadalajara de Buga reportó una cobertura del 100%, siendo Emssanar la EPS con mayor cantidad de afiliados, seguida de S.O.S EPS, Nueva EPS y Medimas (MSPS, 2020).

En cuanto al acceso a los servicios de salud, a nivel ambulatorio fue de 80.4%. La percepción de oportunidad de la atención (5 días) y tiempos de espera reportados por los usuarios para citas con medicina general y especialistas (entre 19 – 29.6 minutos), son superiores a lo establecido en la normatividad. A nivel de urgencias, el acceso a los servicios fue del 31.1%. La mayoría de los usuarios del régimen subsidiado consultaron inicialmente a un hospital local o centro de salud, los usuarios del régimen contributivo consultaron inicialmente a hospitales

especializados, con un tiempo de espera promedio 19.9 minutos, con una calificación de percepción en su mayoría buena (MSPS, 2019).

Según el ranking de satisfacción EPS del año 2018, basado en 3 dimensiones como oportunidad, satisfacción y trámites, evidencia que el atributo que más valoran los usuarios son la oportunidad en los servicios, la facilidad y agilidad en los trámites. Suramericana, Aliansalud y Sanitas fueron las EPS del régimen contributivo que ocuparon los primeros lugares. Para el régimen subsidiado, el primer lugar fue para Comfasucre, que ascendió 6 puestos con respecto al ranking previo, seguido de Caja de Compensación Familiar Guajira y Comfactor (MSPS, 2018b).

De acuerdo con el ranking de clínicas y hospitales de Latinoamérica para el 2019, Colombia se encuentra en los primeros lugares con la Fundación Cardio infantil – Instituto de Cardiología de Bogotá, con un índice de calidad de 83.61%; seguida de la Fundación Valle de Lili (FVL) de Cali con un 83.60% (4to cuarto puesto); la Fundación Cardiovascular de Colombia de Bucaramanga con un 77.78% (6to puesto) y el Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín con un 76.63% (9no puesto) (América economía, 2019).

Para el año 2016, los recursos destinados por la nación y los territorios a la salud pública tuvieron un incremento de 14.7% con relación al 2012, pasaron de 1.3 billones a 1.5 billones de pesos (MSPS, 2018). Con relación al valor que se reconoce por cada uno de los afiliados al SGSSS anualmente para cubrir las prestaciones del Plan de Beneficios en Salud (PBS), conocido como Unidad de Pago por Capitación (UPC), se definió para el año 2020 un valor de \$892.591.20 para el régimen contributivo y \$924.674.40 para el régimen subsidiado, incluyendo la prima adicional del 10% y 11.4% respectivamente, para zonas especiales por dispersión geográfica (MSPS, 2020).

Durante el año 2020, se ha realizado un giro directo, desde la Administradora de Recursos del Sistema (ADRES) hacia los prestadores del Valle del Cauca, de \$ 479.004.114.133. Este valor se ha distribuido entre varias IPS regionales, como la FVL con el monto superior de \$112.320.478.691, seguido de \$70.658.694.836 correspondientes a la Empresa Social del Estado (ESE) Hospital Universitario del Valle (HUV), \$63.537.868.631 para la Clínica de Occidente y \$20.597.792.268 para Fundación Hospital San José de Buga. El resto de los recursos distribuido entre las demás IPS del departamento (Supersalud, 2020).

### **2.3 Estrategia de la cuádruple meta a nivel internacional**

El IHI propuso una estrategia orientada a mejorar la calidad de los sistemas de salud, bajo la integración y desarrollo de tres elementos clave como “experiencia de los usuarios en materia de atención” (Bodenheimer y Sinsky, 2014, p.573), “mejoramiento de la salud de la poblaciones y reducción los costos per cápita de atención” (Whittington et al., 2015, p.263) (Delgado, 2012 p.7). Posteriormente se analiza que, además del cuidado y satisfacción del paciente, también se requiere del cuidado de los profesionales (Bodenheimer y Sinsky, 2014); entonces se empieza a describir un cuarto elemento, la experiencia de los profesionales (Sikka et al., 2015).

Varios países y organizaciones del sector salud en el mundo han trabajado en algunos o todos los elementos de la cuádruple meta dentro de sus ejes estratégicos. En Galicia España, se adopta la cuádruple meta como marco estratégico general, integrador y eficaz, para reforzar la atención primaria del sistema de salud y los diferentes niveles de cuidado de los pacientes, como solución a seis principales problemáticas identificadas:

1. Saturación de las agendas de atención y falta de tiempo; 2. carencia en el modelo de salud comunitaria; 3. dificultad para la atención centrada en las personas; 4. limitaciones en el trabajo en equipo multidisciplinario; 5. problemas en la implementación de las áreas sanitarias; y, 6. falta de planificación del relevo generacional. (Abarca et al., 2019, p.8).

En España, la organización Sanitas, la cual trabaja bajo el rol asegurador y prestador, establece en su modelo de negocio tres pilares fundamentales: el usuario, los empleados y el desempeño. En sus lineamientos plantea involucrar y motivar al equipo de profesionales para ofrecer un buen servicio, con una calidad, que impacte la salud de la población y establece un esquema de priorización de clientes, mediante una experiencia personalizada, de calidad y transparencia (Sanitas, 2018).

Desde los Países Bajos, el experto en cuidados integrados y gestión sanitaria Bert Vrijhoef subraya la importancia de alinear tres estrategias para avanzar en la generación de valor desde los sistemas sanitarios para los pacientes y poblaciones: el marco de la atención integrada, el del Value Based Health Care (VBHC) y la Triple o Cuádruple Meta. (Nuño et al., 2018, p.10).

En Brasil, según estudio realizado en Sao Paulo, se destaca la importancia de las tecnologías digitales en el sector de la salud como herramientas que favorecen el logro de los elementos de la cuádruple meta, ya que facilitan el mejoramiento de la experiencia de la vida diaria de los profesionales de la salud y de los pacientes (Philips, 2019).

Para evaluar los elementos de la triple meta, el IHI propone su medición a través de indicadores clave. Adicionalmente, Arboleda y Boresoff (2019) con base en lo descrito por

Delgado (2012) y Sikka et al. (2015) establecen las siguientes medidas para evaluar los elementos de la cuádruple meta:

**Tabla 1.**

*Elementos de la cuádruple meta y su medición*

ELEMENTO	MEDIDA
Salud de la población	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Salud/Estado funcional: una sola pregunta (Por ejemplo, CDC CVRS-4) o multidominio (por ejemplo, SF-12, EuroQol)</li> <li>3. Situación de riesgo: Evaluación de riesgos en salud (ERES)</li> <li>4. Carga de la enfermedad: Incidencia (tasa anual de inicio, edad promedio de inicio) y/o prevalencia de las principales enfermedades; resumen de resultados del modelo predictivo.</li> <li>5. Mortalidad: Esperanza de vida; Años Potenciales de Vida Perdidos; Tasa de Mortalidad Estandarizadas. Nota: Esperanza de Vida Sana (EVAS) combina la esperanza de vida y el estado de la salud, en una sola medida, reflejando los años restantes de vida en una buena salud.</li> </ol>
Costo per cápita	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Costo total por cada miembro de la población al mes.</li> <li>2. Tasa de utilización del hospital y del departamento de urgencias.</li> </ol>
Experiencia de los usuarios	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preguntas estándar a partir de encuestas a pacientes, como: ¿Cómo está su salud? ¿Recomendaría a un amigo?</li> <li>2. Conjunto de medidas basadas en las principales dimensiones: seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia, equidad y la atención centrada en el paciente).</li> </ol>
Experiencia del profesional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Compromiso de la fuerza laboral: encuestas anuales diseñadas para observar la opinión de la experiencia del personal en el área del trabajo.</li> <li>2. Seguridad de la fuerza laboral: Muerte y/o discapacidad asociada con el trabajo, incapacidad médica y medición del clima laboral</li> </ol>

Fuente: Adaptado de Arboleda y Boresoff, (2019) con base (Delgado, 2012, p.7) y (Sikka et al., 2015).

## 2.4 Implementación de la estrategia de la cuádruple meta en Colombia

En Colombia, desde su rol de prestador de servicios de salud, la FVL propone en su modelo de gestión en salud, la generación de valor a través de la estrategia de la cuádruple meta, alienando

los elementos a su sistema de atención para lograr resultados en salud, generar experiencias memorables positivas en los usuarios, gestionar la eficiencia en costos y garantizar experiencias a los profesionales y grupos de interés (FVL, 2018).

En su informe de sostenibilidad del año 2019, la FVL decide:

Ampliar el alcance de esta cuarta meta a la satisfacción de todos los grupos de interés debido a que la generación de valor depende, no solo de quienes brindan la atención en salud, sino que es producto de la interacción corresponsable de todos los actores que forman parte del proceso de atención dentro del sistema de salud. (2020, p.38).

Entre el periodo 2017-2018 la FVL logró disminución de los costos de atención por grupos relacionados de diagnóstico y niveles de severidad. En el grupo de trastorno malignos de mamas nivel 1, los costos se redujeron en 27.1%, en el nivel 2 en un 13.8% y en el nivel 3 en un 39.5%. El porcentaje de satisfacción integral de la experiencia del paciente fue del 98%. Con relación a los resultados en salud, se logró que un 96.59% de los pacientes obtuvieran un nivel de sobrevivencia a 5 años (FVL, 2018).

En el año 2019, dentro de los avances en los modelos de atención integral de FVL, el Centro de Excelencia en Cáncer de Mama en el 2019 logró 99.2% de satisfacción de pacientes y familias con la atención en radioterapia y del 98.6% con la atención de oncología, además, se optimizaron los costos medios del grupo de tumores malignos de mama en todos los niveles de severidad (leve, media y alta). La satisfacción de los grupo de interés con relación a la atención en la Unidad Funcional de Cáncer fue del 100% (FVL, 2019).

El diseño de modelos integrales de atención permiten generar “valor superior, es decir, los mejores resultados que superen las expectativas de los pacientes, familiares, cuidadores,

estudiantes, investigadores, aliados y comunidad en general, utilizando los menores recursos posibles para lograrlo” (Fundación Santafé de Bogotá, s.f.).

Desde la perspectiva del rol asegurador, la implementación de la estrategia de la cuádruple meta se identifica como pilar estratégico dentro de la gestión adecuada del talento humano, a través de actividades clave como la promoción de la gestión de equipos de trabajo competentes, comprometidos, diversos y flexibles, que permita que los profesionales cuenten con una experiencia positiva; del desarrollo del liderazgo colectivo, no solo desde el conocimiento, sino desde una promoción adecuada de la comunicación, con capacidad de inspirar al trabajador por objetivos comunes (Grupo Sura, 2019).

Sura se define como una compañía centrada en las personas y consideraron junto a la cuádruple meta, los elementos fundamentales para la generación de valor de la organización. El compromiso del talento humano les concede una ventaja competitiva que le permite garantizar la sostenibilidad, el bienestar y la salud de los afiliados. La gestión integral del riesgo se hace a través de la estructuración, distribución de la población por condición de salud y rutas de atención específicas de acuerdo con sus patologías, para el mejoramiento de su salud, obteniéndose como resultado una mínima población en condición de enfermos y en riesgo y un mayor porcentaje de los presuntivos sanos, lo cual favorece la eficiencia en costos (Sura, 2018).

Salud Total establece dentro de sus objetivos estratégicos el “desarrollar y fortalecer el talento humano, con un enfoque que permita desarrollar las actividades de forma ágil y flexible, además generar sostenibilidad financiera y gestionar el riesgo en salud de los afiliados y fidelizar y retener a los protegidos” (Salud Total, 2019, p.13).

El 43.4% de los afiliados de esta entidad están en alguna de las cohortes de riesgos priorizados, siendo el programa de riesgo cardiovascular el principal, seguido de la cohorte de cáncer, que corresponde al mayor componente de alto costo no cubierto por el plan de beneficios en salud (PBS). La satisfacción de los usuarios se encuentra en el 87.3% y una percepción alta de satisfacción laboral de sus colaboradores de 72.5% (Salud Total, 2019).

## **2.5 Limitaciones identificadas al implementar los elementos de la cuádruple meta en IPS.**

Llevar a cabo la estrategia de la cuádruple meta con el objetivo de garantizar altos niveles de calidad en la prestación de los servicios de salud y sostenibilidad financiera de los sistemas de salud, implica superar retos (Sikka et al., 2015) y eliminar barreras que limitan la implementación de sus elementos de manera integral y simultánea.

De acuerdo con estudios realizados en Estados Unidos y Canadá, se analiza que los costos en salud y el sistema de pago por aseguramiento tienen grandes brechas con el gasto administrativo; los proveedores y las aseguradoras en Estados Unidos consumen el 34.2% de los gastos nacionales de salud en administración (equivalente a \$2497 per cápita), mientras en Canadá los gastos administrativos en salud son el 17% (\$551 per cápita) (Himmelstein D., et al., 2020).

Según investigaciones efectuadas en Estados Unidos, uno de los elementos de la cuádruple meta con mayor dificultad en su implementación es la experiencia de los profesionales, puesto que, se evidencia desmotivación durante la práctica de sus funciones laborales, además, varios profesionales médicos habían considerado abandonar su labor y en el caso de enfermería algunas tuvieron la intención de renunciar (Sikka et al., 2015).

Dentro de las dificultades en la gestión de la salud de la población de los Estados Unidos está en que “los procesos actuales de atención de la salud están diseñados para responder a las necesidades agudas de los pacientes individuales, en lugar de anticipar y configurar las pautas de atención de subgrupos importantes” (Berwick et al., 2008, p. 765).

El servicio nacional de salud del Reino Unido identifica los desafíos y las acciones necesarias para la sostenibilidad y el futuro del sector salud en países europeos. Evalúa que, a nivel hospitalario, las expectativas de las nuevas generaciones de profesionales están limitadas por la falta de integración de tecnologías, lo cual genera ineficiencias en el desarrollo de actividades; falencias en los modelos de trabajo en equipo e ineficacia de los programas de bienestar para el personal de la salud (Taylor, 2018).

A nivel de Latinoamérica, en Brasil, el Instituto Brasileiro de Seguridad del paciente propone repensar la relación de los profesionales de salud con los hospitales y demás actores del sistema de salud, basados en el concepto de restauración de la felicidad y motivación laboral, reduciendo los daños físicos, psicológicos, negligencia y falta de respeto sobre los profesionales, para garantizar altos niveles de calidad en el sistema de salud (Zambon, 2018).

Según Vítolo (2016), una de las estrategias implementadas por las IPS del sector privado en Argentina para proteger sus finanzas, considerando el comportamiento del mercado del sector salud y los sistemas de pago, es el incremento de sus ingresos a través de altos niveles de ocupación de camas y ampliación de la oferta de servicios a la comunidad. No obstante, se identifica que los resultados de esta estrategia implican incrementos en los costos que no necesariamente contribuyen en un mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud.

En Colombia, durante el año 2016, la distribución de gasto per cápita en salud pública se redujo en 11.6% respecto al 2015. Se analiza que el gasto en salud pública per cápita es mayor en aquellos municipios con baja capacidad institucional y baja concentración de población, como las regiones de la Orinoquía y Amazonas (MSPS, 2018a).

Entre las mayores problemáticas del sector salud de Colombia es la crisis del flujo de recursos dentro del sistema de salud y el incumplimiento del pago de las obligaciones por partes de los actores del sistema. El tiempo promedio de recuperación de cartera para las instituciones privadas fue de 197 días, durante el año 2014, cuando la meta máxima es de 60 días. Esto implica mayores costos financieros, las IPS requieren mayor liquidez para poder operar y pagar a sus proveedores, la cual la obtienen a través de financiaciones externas (Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas [ACHC], 2017).

El plan nacional de desarrollo 2018 – 2022, a través de la Ley 1955 de 2019, establece la estrategia del giro directo tanto a prestadores como a proveedores, del régimen subsidiado y contributivo, con el fin de mejorar la liquidez de los prestadores de los servicios de salud y agilizar la continuidad en la prestación de los servicios a los afiliados al sistema de salud, buscando en el sector un entorno más equitativo, que abarcara las tecnologías no incluidas en el PBS (Muñoz, 2019).

La Superintendencia Nacional de Salud de Colombia identifica una relación dependiente entre el talento humano y el desempeño de los sistemas de salud para la obtención de resultados exitosos en salud, eficiencia y sostenibilidad del sistema. No obstante, se evalúa que la tercera parte de los profesionales en el sector salud no cuentan con un vínculo laboral con el empleador

(Monsalve Ortiz et al., 2013), lo cual genera un reto a las instituciones en el cumplimiento de sus estrategias y objetivos organizacionales.

Según investigación de Restrepo y Ortíz (2017) acerca del talento humano en salud en Colombia, se identifica que la mayor oferta de especialidades para el año 2016 fue de Medicina Interna, Pediatría, Anestesiología, Ginecología y Obstetricia, y Cirugía General, para un total de 23 mil médicos especialistas en áreas clínicas, quirúrgicas y diagnósticas. Sin embargo, se identifica un déficit de 16 mil especialistas. Para el año 2030, se proyecta un déficit alrededor de 6 mil especialistas.

La IPS FVL identifica que las principales limitaciones con relación a la experiencia de los profesionales se asocian a “las condiciones de trabajo, desarrollo del liderazgo y comunicación, remuneraciones e incentivos recibido por la prestación de sus servicios, trabajo en equipo” (FVL, 2019, p.116).

Una de las limitaciones para lograr el mejoramiento de la salud de la población tiene que ver con la ineficiencia en el escalonamiento de los servicios entre los diferentes niveles de atención de las IPS, siendo los principales afectados los pacientes. En ocasiones, se fragmenta la atención impidiendo su continuidad, debido a las barreras en el acceso y la deficiencia en los canales de comunicación, aumentando los costos, alterando los resultados en salud y la percepción de los usuarios. En un estudio realizado en Medellín, Colombia, con la participación de varias EAPBS e IPS, se establecieron las bases para la articulación entre los diferentes niveles, a través de unas Redes Integradas de Servicios en Salud (RISS) y el impacto positivo que genera su implementación sobre la cuádruple meta. Se reconoció la necesidad de construir RISS, pero

desconociendo los pasos necesarios para el diseño, estructuración y desarrollo de estas (Marín et al., 2019).

El Ministerio de Salud y Protección Social (2015) citando a Vélez-Álvarez, Gómez-Dávila, Zuleta-Tobón (2006) definen que, una de las limitaciones para garantizar la calidad en salud es las “desigualdades en el acceso a los servicios de salud que impactan todos los niveles de atención y que están asociadas con el desplazamiento a los servicios de salud, siendo las áreas rurales y las zonas marginadas las más afectadas” (p.58).

Con relación a la experiencia del usuario, según estudio cualitativo realizado en Medellín, se identifica que la satisfacción de los usuarios se perjudica por restricciones de acceso, debido a la ausencia de contratación entre aseguradores y prestadores; falta de empatía por parte de los profesionales de la salud al momento de la atención y dificultad con la comunicación y comprensión de la atención recibida por el uso de lenguaje especializado por parte del personal médico (Cano et al, 2015).

De acuerdo con investigación efectuada en una IPS de salud de alta complejidad, se analizó que la experiencia de los usuarios es un factor crítico en los servicios de consulta externa. Desde la perspectiva de los profesionales de la salud, se determinó que las limitaciones para mejorar las experiencias de los usuarios estaban asociadas principalmente por:

Los tiempos prolongados de espera previa a la atención, la falta de respuesta en central de citas frente a la demanda de los usuarios, falta de empatía y un protocolo de atención de las secretarías y cajeros durante la atención, incremento en las actividades laborales que impiden realizar una buena y empática atención con los usuarios (Quintero y Anturi, 2019, p.57).

## 2.6 Descripción Institución Prestadora de Servicios de Salud

La investigación propuesta se lleva a cabo en una IPS ubicada en la ciudad de Guadalajara de Buga, única institución en la zona centro-Buga (conformada por los municipios de Buga, Guacarí, Ginebra, Darién y Yotoco), que oferta integralidad y nivel II y III de complejidad en sus servicios.

La IPS tiene habilitados 59 servicios, de los cuales el 10% de estos son categorizados como alta complejidad, 53% como media complejidad y 15% como media y alta complejidad. Dispone de 84 camas hospitalización general adulto, 12 camas de hospitalización pediátrica, 40 camas de unidades de cuidados intensivos adultos, 11 camas de unidades de cuidados neonatales, 5 quirófanos y consulta externa especializada.

La IPS tiene alrededor de 1000 empleados, entre directos e indirectos, 82 médicos especialistas, 65 médicos generales, 503 profesionales de salud y 550 administrativos. La evaluación de clima organizacional para el año 2018 generó un resultado satisfactorio del 81%.

Entre los principales clientes (aseguradoras) de esta IPS están, por el lado del régimen subsidiado Emssanar, Asmet Salud y Medimas. Por el régimen contributivo S.O.S. EPS, Nueva EPS y Sura. Por régimen especial, Regional de Aseguramiento N°4 (Policía) y Dirección Sanidad Militar. Por aseguradoras de tránsito, la Compañía Mundial de Seguros, Seguros del Estado y ADRES.

En el año 2019 se atendieron 117.587 paciente en los diferentes servicios. El porcentaje ocupacional promedio fue de 98% en el servicio de urgencias, con un promedio de egresos mensual de 2.556 y 88% en los servicios de hospitalización (Unidades de Cuidados Intensivos, pisos, pediatría, ginecobstetricia), con 886 egresos mensuales en promedio. Los costos operacionales

tuvieron un incremento de 4.8% con relación al 2018. El porcentaje de satisfacción de los usuarios por los servicios recibidos fue de 97.8%.

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo General**

Identificar las limitaciones de una institución prestadora de servicios de salud de mediana y alta complejidad de Guadalajara de Buga, al implementar la estrategia de la cuádruple meta.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Describir los elementos de la estrategia de la cuádruple meta que hacen parte del direccionamiento estratégico de una institución prestadora de servicios de salud, privada de mediana y alta complejidad de Guadalajara de Buga.
- Determinar las principales limitaciones para implementar la estrategia de la cuádruple meta en los diferentes niveles organizacionales.
- Caracterizar similitudes entre las limitaciones identificadas en la IPS de estudio y los referentes nacionales e internacionales con relación a la cuádruple meta.

## **4. Metodología**

### **4.1 Tipo de estudio**

En Colombia, los materiales y métodos relacionados con la implementación de la cuádruple meta son escasos en comparación con los avances obtenidos por otros países desarrollados. Es más, se identificó limitaciones de publicaciones, literatura e investigaciones alrededor de la implementación de esta estrategia dentro del contexto Nacional (Arboleda y Boresoff, 2019). Por lo tanto, se recurrió a la realización de un estudio de investigación tipo cualitativa, el cual permitió estudiar y plantear una problemática dentro del contexto real del sector salud, a partir de una IPS privada, de mediana y alta complejidad de Guadalajara de Buga.

El método de investigación cualitativa implementado fue el estudio de caso, puesto que, según Yin (1989) y a Chetty (1996) citado en Martínez C. (2006) es un instrumento que permite recolectar desde diferentes orígenes, ya sean cuantitativos como cualitativos, información como documentos, entrevistas, observación directa, registro de archivos entre otras; además facilita la medición y reconocimiento de la conducta de participantes frente a la investigación realizada y no sólo se enfoca a la información obtenida a través de encuestas por cuestionarios, tal y como se centran los métodos cuantitativos.

### **4.2 Diseño del estudio**

De acuerdo con los diferentes tipos de entrevistas existentes (estructuradas, semiestructuradas y las no estructuradas (Díaz et al., 2013)), en este estudio se usó la entrevista semiestructurada como herramienta para llevar a cabo la investigación, puesto que, aunque

requiere un nivel previo de conocimiento en el área de la investigación (Kallio et al., 2016), es una herramienta flexible que, a través de preguntas orales las cuales se adecuan a las respuestas de sus participantes, permite la producción de información y datos (Troncoso P. y Amaya P., 2017).

La población de estudio se definió con base en un muestreo no probabilístico por conveniencia, puesto que facilitó el acceso a aquellos sujetos más próximos a las investigadoras y que aceptaron su inclusión en el estudio (Otzen y Manterola, 2017).

### **4.3 Técnica y herramienta de recolección**

Para iniciar investigación en la IPS de estudio, se realizó solicitud de permiso a través de carta formal con aval de Universidad Pontificia Javeriana de Cali y dirigida a la gerente de la institución, la cual fue revisada y aprobada por la misma y a través del comité de ética de esta IPS. Una vez obtenido este aval, se procedió a solicitar información descriptiva de la IPS, la cual se consignó en el punto 2.5 de este documento y la información relacionada con el personal, para realizar el muestreo por conveniencia definido para la selección de los participantes en la investigación.

Para definir los participantes del estudio, se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

**Tabla 2***Criterios de inclusión y exclusión de la investigación*

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	CRITERIOS DE INCLUSIÓN
Nivel organizacional inferior	Nivel organizacional superior y medio
Personal con =< 3 años en la institución y en el cargo	Contratación directa por la empresa
Cargos sin liderar equipos de trabajo y personas a cargo.	Profesión: medicina, profesional de enfermería, administración de empresas, contaduría e ingeniería industrial.
	Profesionales con posgrado o estudiantes de posgrado.

Fuente: Elaboración Propia.

La IPS contaba con treinta (30) cargos correspondientes a los niveles medios y superiores (gerente, subgerentes y coordinadores) que hacen parte de los criterios de inclusión. No obstante, once (11) cargos cumplieron con todos los criterios de inclusión, a los cuales se les realizó solicitud de entrevista a través de correo electrónico, de manera presencial y/o telefónicamente. Teniendo en cuenta la incidencia de la investigación debido a “problemas de localización del encuestado, falta de cooperación, rechazo, inexistencia del encuestado, etc.” (Díaz de Rada, 2014, p.45), se definen los participantes correspondientes a los cargos de la gerente de la IPS, subgerente de salud, coordinador auditoría médica, profesional oficina de calidad, coordinadora de enfermería y coordinador del servicio urgencias. Dentro de las limitaciones para la consecución de entrevistas estuvieron la falta de tiempo para la realización de las entrevistas, rechazo por desconocimiento de la estrategia de la cuádruple meta y la restricción por la emergencia sanitaria a causa del Covid-19.

Paralelamente, se realizó la elaboración de la matriz de categorías de análisis (tabla 3), la cual se desarrolló a partir de los objetivos planteados en el estudio, creando la base para las

preguntas realizadas en la entrevista semiestructurada (ver Anexo 1). Estas permitieron determinar la profundidad de la información a recopilar y agrupar las preguntas por tema o categoría con base en los objetivos del estudio y la literatura (Kallio et al., 2016). Estas preguntas facilitaron la aclaración y búsqueda de terminología, conocimientos previos y experiencia de los entrevistados.

**Tabla 3**

*Matriz de Categorización y Preguntas*

OBJETIVOS DEL TRABAJO DE GRADO	FUNDAMENTO	FINALIDAD	PREGUNTA CLAVE	CATEGORIA
<i>Objetivo 1:</i> Describir los elementos de la estrategia de la cuádruple meta que hacen parte del direccionamiento estratégico de una institución prestadora de servicios de salud, privada de mediana y alta complejidad de Guadalajara de Buga.	1.1 Identificación de implementación de la estrategia	Saber si se conoce la estrategia	1.1.1 ¿Cómo define usted la calidad en salud?	Estrategia Gerencial
			1.1.2 ¿Cuáles son los elementos fundamentales para usted en una estrategia gerencial efectiva?	Estrategia Gerencial
			1.1.3 ¿Qué considera usted que la estrategia de la cuádruple meta aporta a la calidad en salud?	Estrategia Gerencial
	1.2 Aplicación de los elementos de la estrategia en la institución	Conocer cómo se aplica la estrategia	1.2.1 ¿Cuáles elementos de la cuádruple meta considera usted están definidos en los objetivos estratégicos de la institución?	Estrategia Gerencial
			1.2.2 ¿Cómo se desarrolla la estrategia de la cuádruple meta al interior de la institución?	Estrategia Gerencial
	1.3 Descripción de limitaciones identificadas por la IPS	Reconocer las limitaciones	1.3.1 ¿Qué barreras ha identificado usted al desarrollarse la estrategia de la cuádruple meta en la institución?	Limitaciones
1.3.2 ¿Para usted cual es el origen de esas barreras?			Limitaciones	
<i>Objetivo 2:</i> Determinar las principales limitaciones para implementar la estrategia de la cuádruple meta en los diferentes niveles organizacionales.	2.1 Identificación de las limitaciones por cada elemento de la estrategia	Limitaciones en salud de la población	2.1.1 Desde su rol de IPS ¿Que dificultades ha identificado para mejorar los resultados en salud de la población?	Salud de la población
			2.1.2 Desde su cargo, ¿cuáles indicadores afectan directa o indirectamente los resultados en la salud de la población?	Salud de la población
			2.1.3 Desde su perspectiva, ¿Que oportunidades de mejora identifica, desde su institución, con relación a la experiencia de los usuarios?	Experiencia de los usuarios

<p><i>Objetivo 3:</i> Caracterizar similitudes entre las limitaciones identificadas en la IPS de estudio y los referentes nacionales e internacionales con relación a la cuádruple meta.</p>	<p>3.1 Descripción de las limitaciones frente a los referentes nacionales e internacionales</p>	Limitaciones en el costo per cápita	2.1.4 ¿Cómo cree usted que la gestión de recursos económicos influye sobre la estrategia gerencial de la institución?	Costo per cápita
		Limitaciones en experiencia de los profesionales	2.1.5 ¿Qué atributos de no calidad considera usted incrementan los costos en la prestación de servicios?	Costo per cápita
		Limitaciones específicas a nivel nacional	2.1.6 Para usted, ¿Cómo los profesionales de la salud influyen sobre la experiencia de los pacientes, resultados en la salud de la población y el costo?	Experiencia de los profesionales
		Limitaciones comunes a nivel nacional e internacional	2.1.7 Desde su perspectiva, ¿Qué factores afectan la motivación y bienestar de los profesionales en su institución?	Experiencia de los profesionales
			3.1.1 ¿Cuáles características del sistema de salud de Colombia considera usted afecta la implementación de la estrategia de la cuádruple meta?	Limitaciones
			3.1.2 ¿Qué condiciones del Sistema de Salud de Colombia favorecen la implementación de la estrategia de la Cuádruple meta?	Limitaciones
	3.1.3 En su opinión, que limitaciones enfrentan los sistemas de salud a nivel mundial.	Limitaciones		

Fuente: Elaboración Propia.

Con base en la matriz de preguntas y categorización expuesta anteriormente, se realizó una entrevista piloto al asistente de la subgerencia administrativa y planeación de la institución, para verificar comprensión y coherencia de las preguntas propuestas. Se hicieron ajustes a la herramienta de recolección de información, de acuerdo con la retroalimentación recibida en cuanto a redacción. El colaborador no participó en el estudio por no cumplir todos los criterios de inclusión.

Teniendo en cuenta las recomendaciones dadas por diferentes autores para desarrollar las entrevistas (Díaz et al., 2013), algunas se realizaron de manera presencial en lugares agradables para los entrevistados, con una actitud receptiva y sensible por parte de las investigadoras

permitiendo a los entrevistados hablar con fluidez y sin interrupciones, otras se realizaron de manera virtual, a través de video llamada. Se explicaron a los entrevistados el objetivo de la investigación, se solicitó diligenciamiento de consentimiento informado (Ver anexo 2) previo al inicio de la entrevista y se pidió autorización para la grabación de los diálogos.

#### **4.4 Análisis**

Para iniciar el análisis de la investigación, se realizó la transcripción manual a texto, de cada audio de las entrevistas y se sistematizaron con codificación aleatoria, garantizando confidencialidad de la identidad de los entrevistados. Se procesó la información a través del software ATLAS.ti, el cual facilitó un procedimiento de lectura profunda, sistemática y coherente con los objetivos, que permitió lograr la saturación de las categorías principales definidas en la tabla 3 y búsqueda de categorías emergentes.

Se asignó un código a cada citación obtenida de las entrevistas, lo cual contribuyó a la estructuración detallada y objetiva de la información. Se conceptualizaron, categorizaron, organizaron y estructuraron los resultados con todas las herramientas de ATLAS.ti. Se desarrolló la red semántica principal con las categorías de la cuádruple meta y las categorías emergentes obtenidas (atención primaria salud, calidad en salud, eficiencia y efectividad, educación de los profesionales, liderazgo y ventajas).

Posteriormente, se creó una red semántica por cada elemento de la cuádruple meta y se vincularon las citas y códigos relacionados a cada categoría, la cual permitió identificar las asociaciones, justificaciones o contradicciones entre las mismas. Se verificó su contribución a los

objetivos de estudio y cómo la interacción entre las categorías definidas y emergentes, limitan el desarrollo y funcionamiento sinérgico de esta estrategia en la IPS de estudio.

Finalmente, en la fase informativa, se consignaron y socializaron los resultados a través de gráfica de la red semántica general, nube de palabras y tablas. Se presentó discusión, conclusiones y recomendaciones de acuerdo con el análisis obtenido y marco teórico expuesto.

#### **4.5 Consideraciones éticas**

Este estudio de investigación requirió de la participación y colaboración de profesionales de la salud y personal administrativo. Por lo tanto, el desarrollo de esta investigación en salud se llevó a cabo bajo el marco legal de las normas éticas existentes, tanto a nivel nacional con la Resolución 8430 de 1993, como internacional, para preservar su rigurosidad académica y garantizar el tratamiento de datos de los participantes.

En consideración de las pautas éticas internacionales para la investigación en salud, elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la OMS, se definió para esta investigación:

Según la pauta 1 del CIOMS, la propuesta de investigación pretendió aportar valor social ya que la información obtenida permitió comprender un problema actual del sector salud, además, los resultados obtenidos son confiables y válidos alrededor de los objetivos enunciados en esta investigación (CIOMS, 2016).

Según las pautas 9 y 10 del CIOMS y las consideraciones éticas para estudios de investigación en Salud a nivel nacional, descritos en el artículo 6 de la Resolución 8430 de Octubre 4 de 1993 del Ministerio de Salud, se solicitó y obtuvo el consentimiento de los participantes en la

investigación (Anexo 2), previa socialización de los objetivos de la investigación (CIOMS, 2016), así como la autorización del representante legal y el comité de ética de la institución donde se llevó a cabo la investigación (MSPS, 1993).

De igual manera, de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, se consideró que ésta propuesta de investigación en salud es SIN RIESGO, dado que, se emplearon técnicas y métodos de investigación basados en gestión documental retrospectiva, sin ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio (MSPS, 1993).

De acuerdo con la descripción de la población participante en la investigación, en el punto 4.3 de este documento, se definió que los participantes corresponden a personal administrativo, no vulnerable, con profesiones en la rama de la medicina, enfermería y administración. Sin discriminación de raza, sexo o edad. Participaron 6 colaboradores, residentes de la ciudad de Buga.

Con relación al uso de datos personales se tomó y aplicó las medidas de protección de datos de acuerdo con la Ley 1581 de 2012. Se garantizó que la participación en esta investigación no implicaría ningún riesgo para el entrevistado o para su organización a nivel reputacional, legal, financiero o clínico. Toda la información suministrada en esta entrevista tuvo uso exclusivamente académico, conservando el carácter privado de los entrevistados. Además, los datos obtenidos fueron absolutamente confidenciales, se usaron para fines académicos de la investigación y se garantizó la correcta custodia de estos.

Se contempla la entrega de resultados obtenidos de la investigación ante el comité de alta dirección de la institución.

## 5. Resultados

Los resultados alcanzados a través de la metodología propuesta permitieron responder al objetivo general y a los objetivos específicos de este estudio mediante preguntas clave y categorías definidas en la tabla 3, las cuales se exponen a continuación:

### 5.1 Categoría estrategia gerencial

Para describir los elementos de la estrategia de la cuádruple meta que hacen parte del direccionamiento estratégico de la IPS, se definió la categoría *estrategia gerencial* y preguntas como: ¿Cómo define usted la calidad en salud?, ¿Cuáles son los elementos fundamentales para usted en una estrategia gerencial efectiva?, ¿Qué considera usted que la estrategia de la cuádruple meta aporta a la calidad en salud?, ¿Cuáles elementos de la cuádruple meta considera usted están definidos en los objetivos estratégicos de la institución? y ¿Cómo se desarrolla la estrategia de la cuádruple meta al interior de la institución?. Dentro de los principales resultados obtenidos se identificó que la institución de estudio no tiene desarrollada la cuádruple meta y que su orientación es hacia la eficiencia y el equilibrio financiero, como se presenta en la Figura 1.

**Figura 1.**

*Categorías Estrategia Gerencial vs Objetivo 1.*



Fuente: Elaboración Propia.

## 5.2 Categoría costo per cápita

Con la finalidad de definir las principales limitaciones para implementar la estrategia de la cuádruple meta relacionadas al costo per cápita y de acuerdo con las preguntas 2.1.4 y 2.1.5 definidas en la tabla 3, matriz de categorización y preguntas. Dentro de las limitaciones de esta categoría están: el flujo de recursos, pago oportuno de las EPS, la adherencia a las guías médicas por parte de los profesionales de la salud, el fraccionamiento de la salud, además de la dificultad que representa que " el costo per cápita no está alineado con los recursos y los actores del sistema



**Figura 3**

*Resultados experiencia de los profesionales*

Liderazgo	Contratación	Comunicación	Motivación	Recurso humano	Educación
P3:3:36 (8:1294-8:1411): "consolidar un equipo operativo y un equipo directivo que esté alineado con la junta directiva"	"P1:1:23 (4:857-4:965): "las condiciones de contratación, de remuneración, el trato, estabilidad laboral, largas jornadas de trabajo"	P4:4:107 (4:2542-4:2636): "no les hemos dicho a las personas que es lo que tienen que hacer y como lo tienen que hacer"	P4: 4:6 (2:494-2:628): "potenciar esa aptitudes, esas habilidades del personal que tiene una institución de salud, es algo que se queda a un lado"	P1:1:30 (4:4185-4:4253): "el recurso profesional especializado no es de tan fácil consecución"	P3:3:42 (9:2022-9:2156): "no hay facultades de salud entonces la gente tiene que ir buscar su estudio a otra ciudad y otro departamento inclusive a otro país"
P4:4:26 (4:2736-4:2835): "falta de dirección y falta de productividad o proactividad de los líderes o los jefes de área"	P6:6:19 (3:37-3:146): "los modelos de contratación que se tienen con el personal, es una barrera, porque tenemos varias modalidades"	P4: 4:63 (10:29-10:253): "El regaño no sirve, los llamados de atención no sirven, lo llevo viendo desde que llegué, siempre ha sido igual y la gente no cambia"	P6: 6:18 (2:1876-2:1980): "deberíamos lograr que el colaborador se sintiera feliz y disfrutará del proceso de atender un paciente"	P4: 4:43 (7:362-7:452): "la falta de especialidad para atender la población que tenemos a cargo siempre es limitada"	•P6: 6:45 (5:521-5:736): "La libertad de actuación, de expresión, una institución orientada hacia la formación, eso es una motivación importante para los profesionales"
P2: 2:11 (2:2091-2:2124): "no hay una cabeza de los proyectos"		•P5:5:18 (2:2657-2:2818): "El servicio de urgencias se absorbe el tiempo del colaborador y no permite esa empatía y comunicación con el paciente"	P5:5:38 (5:1045-5:1202): "por lo general los líderes nos encargamos de caer sobre lo malo y no se observa las cosas positivas que hace el colaborador"	P1:1:33 (5:1349-5:1421): "especialistas de fuera de la ciudad vienen por turnos, turnos de 24 horas"	
			P4:4:65 (10:1150-10:1295): "poder generar un poquito de espacio con la familia o beneficios para su familia, eso puede enriquecer un poquito más esa motivación"		

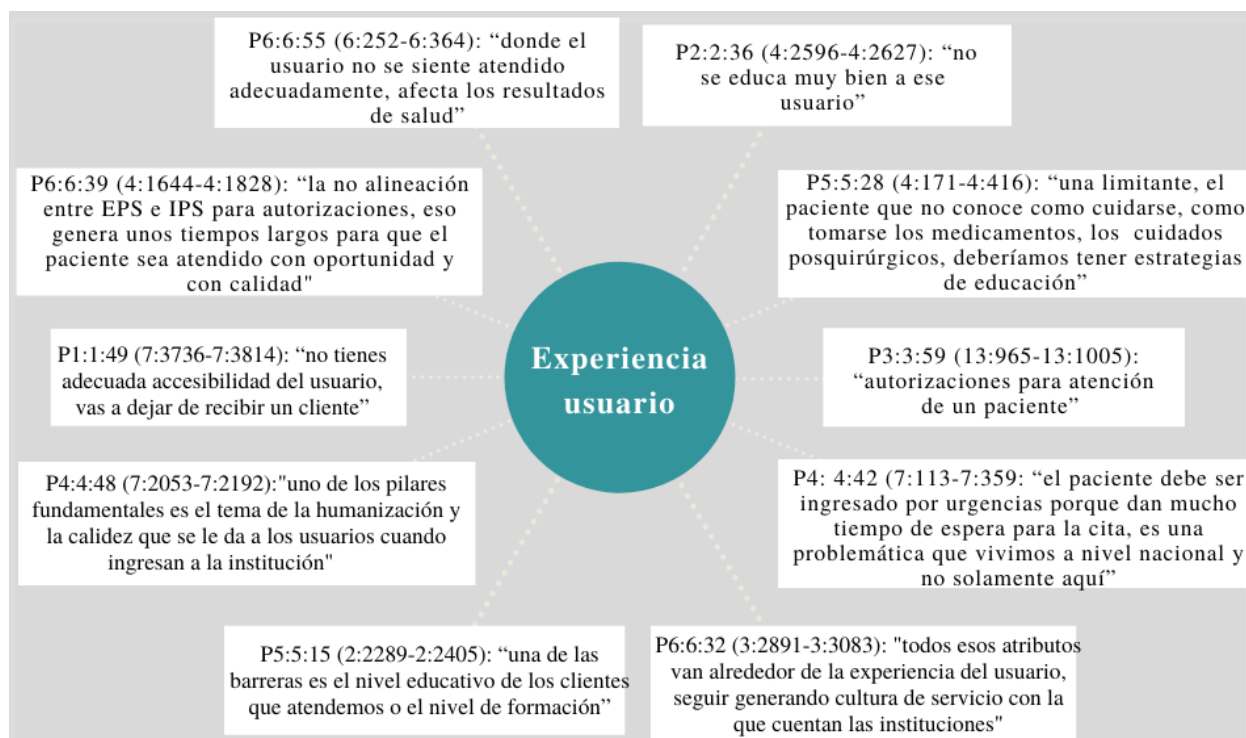
Fuente: Elaboración propia.

**5.4 Categoría experiencia de los usuarios**

Como respuesta a la pregunta 2.1.3 planteada en la tabla 3, sobre las oportunidades de mejora identificadas en la institución, además de la influencia de otras categorías con relación a la experiencia de los usuarios, se destacaron aspectos como: la humanización durante el proceso de atención, las estrategias de educación y comunicación con los usuarios de acuerdo con su nivel

educativo y la percepción del paciente sobre la cultura de servicio de la institución. Algunos de los entrevistados perciben que el incumplimiento de los atributos de calidad influye notoriamente sobre en la experiencia de los usuarios, así como la desarticulación entre la EPS y la IPS antes, durante y después del proceso de atención, como se presentan en la siguiente Figura:

**Figura 4**  
*Limitaciones en experiencia del usuario*



Fuente: Elaboración propia

## 5.5 Categoría salud de la población

Para definir las principales limitaciones al implementar la estrategia de la cuádruple meta con relación a la salud de la población y considerando las preguntas clave 2.1.1 y 2.1.2 de la tabla 3, se obtuvo que entre las principales limitaciones esta la articulación y comunicación con los

niveles primarios de atención, gestión del riesgo, disponibilidad de servicios en todas las localidades del país, características poblaciones y estilos de vida, tal y como se expone a continuación:

**Tabla 4**

*Resultados categoría salud de la población*

Limitaciones en Salud de la población		
P 4: 4:34 (5:1939-5:2081) “con los programas si hay algo y es que nosotros no estamos integrados o no referimos a los pacientes a los programas de promoción y prevención” P 3: 3:49 (11:3739-12:55) "comunicación con esos niveles primarios para que nos cuenten como están los pacientes" P 1: 1:39 (5:3709-5:3784) "desarticulado el sistema entre atención primaria y atención complementaria"	P 5: 5:26 (3:2011-3:2206) “cuando tenemos picos en la demanda de servicios también afecta directamente a la población y el porcentaje ocupacional obviamente pues tiene o altera esos resultados esperados en los pacientes” P 4: 4:38 (6:1348-6:1461) “el tema del reingreso hospitalario fue uno de los más altos, en comparación con el indicador del semestre pasado"	P 3: 3:73 (15:1710-15:1731) "población se envejeció" P 1: 1:67 (10:2167-10:2435) "la población más vieja, cada vez la pirámide poblacional engrosándose en su parte superior, cada vez más vieja la población, enfermedades crónicas no transmisibles en aumento, mayor tecnología, mayores costos y la situación económica a nivel mundial está difícil" P 7:- 7:15 (6:2867-6:2893) "estilos de vida saludables".
P 1: 1:18 (3:2551-3:2615) “sobre prevalencia de enfermedades, no hacemos gestión de riesgo" P 6: 6:37 (4:1384-4:1492) “baja atención en prevención de la enfermedad y promoción de la salud, ósea la baja atención de niveles uno"	P 1: 1:37 (5:3124-5:3225) "cuando egresa no hay un empalme del paciente con su IPS primaria para que continúe los medicamentos P 4: 4:71 (11:1410-11:1485) "la falta de equidad, que no ha generado buenos resultados en la población".	P 6: 6:54 (5:3758-6:154) "disponibilidad de servicios en todas las localidades del país o la nación que se esté evaluando, se observa que son superiores la demanda de servicios frente a la oferta y la capacidad que se tiene en los diferentes territorios para poder atender esa población"

Fuente: Elaboración propia

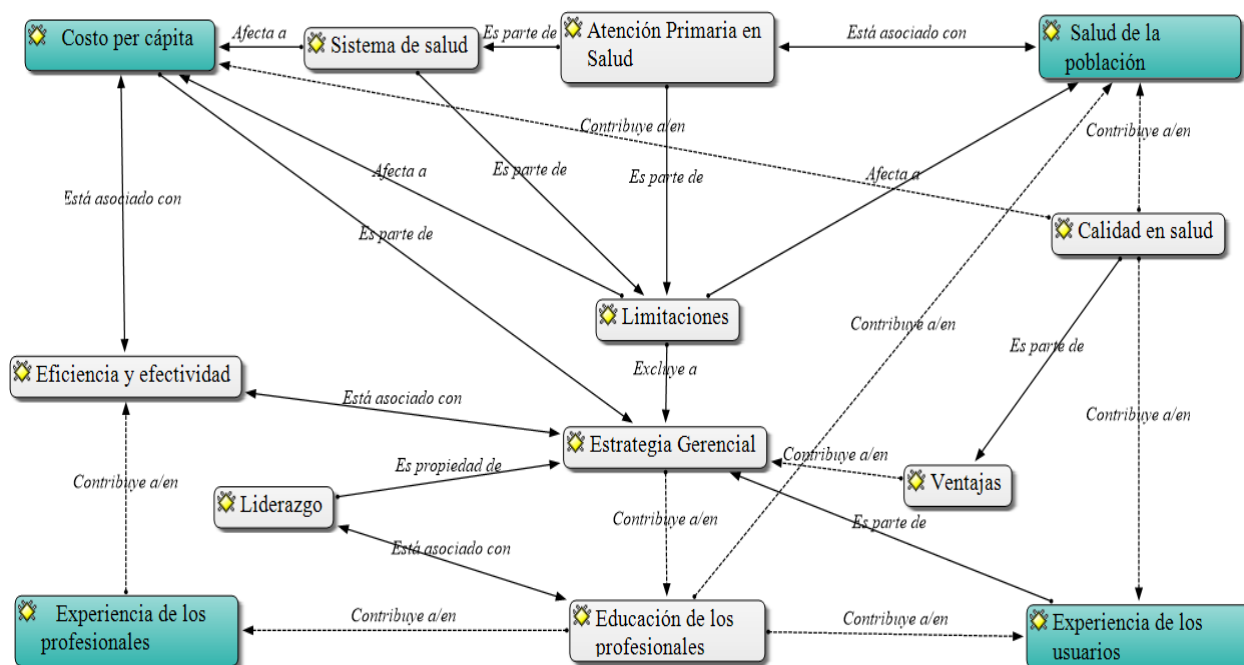
**5.6 Categoría limitaciones cuádruple meta**

Con el objetivo de determinar las principales limitaciones para implementar la estrategia de la cuádruple meta en los diferentes niveles organizacionales y caracterizar similitudes entre las limitaciones identificadas en la IPS de estudio y los referentes nacionales e internacionales con relación a la cuádruple meta, se plantearon las siguientes preguntas: ¿Que barreras ha identificado usted al desarrollarse la estrategia de la cuádruple meta en la institución?, ¿Para usted cual es el

origen de esas barreras?, ¿Cuáles características del sistema de salud de Colombia considera usted afecta la implementación de la estrategia de la cuádruple meta?, ¿Qué condiciones del Sistema de Salud de Colombia favorecen la implementación de la estrategia de la Cuádruple meta? y en su opinión, que limitaciones enfrentan los sistemas de salud a nivel mundial.

**Figura 5**

*Identificación de limitaciones cuádruple meta*



Fuente: Elaboración Propia.

Dentro de los resultados generales expuestos en la figura 3, se identificó que la calidad en salud es “recibir lo que es justo y equitativo para cada uno” P 4: 4:46 (7:1125-7:1187), “es una herramienta que nos permite ofrecer a todos los usuarios, sus familias, a los trabajadores de salud, una posibilidad de hacer las cosas diferentes, de hacer las cosas en forma especial para obtener resultados en salud” P 6: 6:17 (2:1780-2:1860), siendo parte de una ventaja competitiva. No

obstante, la estrategia gerencial de la IPS de estudio está orientada a “mantenerse y no llegar a pérdidas económicas” P 4: - 4:87 (2:2642-2:2691), además de la gestión de los recursos, “con eficiencia, con efectividad y con una satisfacción plena de los usuarios y de todo el personal involucrado en la atención” P 6: 6:2 (1:589-1:715). Esta eficiencia y efectividad permite “mejores recursos económicos vamos a tener unos servicios mucho más modernos y entre más modernos, vamos a poder optimizar muchas más herramientas” P 3: 3:70 (14:1838-14:1984) y “reducción pues en algunos costos” P 5: 5:11 (2:572-2:633). No obstante, “hemos fallado en la monitorización” P 2: 2:28 (2:3371-2:3404) “no tengo una meta establecida del indicador” P 4: - 4:103 (5:214-5:259).

En cuanto al elemento del costo per cápita se definió que “la dificultad es que no está alineados los recursos y los actores del sistema alrededor de una meta equitativa y que sea coherente con la demanda de servicios” P 6: 6:21(3:510-3:693) y que el uso eficiente de los recursos impacta a la población. Sin embargo, “una de las mayores dificultades que tiene el sistema de salud pues primero es la deuda con las EPS, y pues justamente nosotros estamos así, entonces cuando uno plantea una estrategia de costo per cápita y ese retorno a la inversión se ve afectado por unos plazos exageradamente altos” P 6: 6:34 (4:190-4:479). La frecuencia en el flujo de los recursos se ven limitados por la “intermediación, de acuerdo con como llegan esos recursos a las IPS a través de esas EAPB” y “el reconocimiento de tarifas adecuadas por parte de los aseguradores” P 3: 3:62 (13:1730-13:1761). Por lo tanto, una limitante es “convertirte en una empresa supremamente eficiente para generar unos costos per cápita bajos, pero la recuperación de esa cartera afecta esa planeación que se realiza y genera sobrecostos en la atención” P 6: 6:35 (4:630-4:842).

Dentro de las barreras del sistema de salud “es encontrar un mismo camino entre los actores del sistema y el usuario” P 6: 6:22 (3:731-3:910). Los “municipio no tiene claro hacía donde va la salud del país” P2:2:22 (3:2168-3:2261), “la normatividad exagerada del sistema, la reglamentación es permanente y casi que yo diría que desordenada del sistema, cuando se generan tantas normas alrededor de una situación” P 6:6:49 (5:2274-5:2484), “hacen más leyes que acciones” P 3: 3:63(13:2890-13:2919).

Al ser la IPS de estudio de mediana y alta complejidad, excluye dentro de su estrategia gerencial la atención primaria en salud. Sin embargo, se genera una limitación, puesto que “nuestro modelo de atención somos muy individualistas” P 1: 1:19 (3:2687-3:2740). “Trabajamos como en islas, las IPS, no nos integramos con el asegurador, no nos integramos con rutas de atención, no nos integramos en red” P 1:1:17 (3:2345-3:2497), y no se remiten desde la institución los pacientes a los programas de promoción y prevención, hay una desarticulación con el primer nivel. De igual manera, “una de las principales limitantes, el paciente que no sabe, que no conoce cómo cuidarse, como tomarse los medicamentos, como cuidarse en los posquirúrgicos, pues eso desde la institución si deberíamos como tener las estrategias de educación” P 5: 5:28 (4:171-4:416).

La experiencia de los profesionales se ve fortalecida con el nivel de formación y práctica, esos “incentivos académicos” P 4: 4:66 (10:1487-10:1572). Un “colaborador contento, motivado, ese colaborador va a prestar lo mejor de sí, beneficiando y satisfaciendo al usuario” P 5: 5:7 (1:2346-1:2555) mejorando su experiencia. Sin embargo, se tienen fallas en “cómo hacemos llegar la información al personal de un más bajo nivel” 4: 4:61 (9:2872-9:2967).

## 6. Discusión y conclusiones

Los resultados de esta investigación permitieron describir aquellos elementos de la estrategia de la cuádruple meta que hacen parte del direccionamiento estratégico de la IPS de estudio, además se determinaron las principales limitaciones que enfrenta esta institución para implementar la estrategia en los diferentes niveles organizacionales. Con relación a los resultados en salud, las limitaciones están asociadas con la desarticulación y comunicación con los prestadores de primer nivel. Falta de educación de la población en el manejo de su enfermedad, la adherencia a sus tratamientos, así como la falta de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la población. Es importante considerar que esta última es función de salud pública y fue uno de los aspectos establecidos en las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011. No obstante, al año 2020, sigue siendo un tema motivo de discusión por parte de los prestadores de salud. A nivel internacional Abarca et al. (2019), propuso adoptar la cuádruple meta como marco estratégico general, integrador y eficaz, para reforzar la atención primaria del sistema de salud y los diferentes niveles de cuidado de los pacientes. Por lo tanto, esta limitación podría superarse si todos los actores del Sistema de Salud de Colombia se orientan bajo esta misma estrategia y la trabajan conjuntamente.

Tanto el flujo de recursos de las EPS hacia las IPS, como los valores bajos y desactualizados establecidos en los tarifarios para el cobro de servicios, son dificultades identificadas en la investigación. Esto implica mayores costos financieros para las IPS, ya que requieren mayor liquidez para poder operar y pagar a sus proveedores, la cual la obtienen a través de financiaciones externas (ACHC, 2017). La ley 1122 de 2007 definió el pago anticipado de las

EPS a las IPS por los servicios prestados, del 100% para contratos de capitación y 50% para contratos por evento o pagos prospectivos (Congreso de Colombia, 2007), sin embargo, se evidencia que “se generan más leyes que acciones” P 3: 3:63 (13:2890-13:2919).

Otro aspecto que afectan los costos en las IPS, los resultados en salud y la experiencia de los usuarios es la falta de alineación del equipo médico-asistencial “a través de guías, protocolos de atención, estandarización o definición de criterios de atención” P6: 6:42 (4:2767-4:3005), puesto que “no se estimulan las sesiones clínicas ni los trabajos de coordinación o colaboración entre médicos y enfermeras” (Abarca et al., 2019, p.11). Es más, uno de los desafíos de las organizaciones en salud son las intervenciones en pro de mejorar el trabajo en equipo multidisciplinario, el entrenamiento conjunto para promover la comprensión de roles y las estrategias para mejorar la comunicación efectiva entre los profesionales y con los pacientes, lo cual mejora la seguridad del paciente, la eficiencia en la atención e incluso influye satisfactoriamente en los resultados en salud (Weller et al., 2014). Por lo tanto, la implementación de la estrategia de la cuádruple meta se convierte en un pilar estratégico que contribuye a la promoción y gestión de equipos de trabajo competentes (Grupo Sura, 2019).

La formación académica y la educación continua impactan tanto al mejoramiento de la experiencia de los profesionales, como de los usuarios (Figura 5). Sin embargo, existe la percepción que el talento humano especializado es insuficiente para atender a las necesidades de la población (P4:4:43 (7:362-7:452)). Dentro de los inconvenientes para acceder a una especialización médica en Colombia se definió la falta de cupos disponibles, carencia de incentivos para especializarse y para trabajar en diferentes regiones del país, además de la influencia que ejercen algunas agremiaciones para controlar el número de egresados por especialidad, los cuales

son factores de desequilibrio en los niveles de atención, que generan escasez de especialistas por distribución geográfica (Restrepo y Ortiz, 2017).

Alineado al párrafo anterior, se definió que una dificultad con relación a la educación de los profesionales de la salud fue que “la gente tiene que ir a buscar estudio a otra ciudad, departamento o inclusive a otro país” P3:3:43 (9:2022-9:2156). La Ley 1917 de 2018 buscó aumentar la oferta de médicos especialistas en el país como apoyo al SGSSS, por medio de la formación académica y práctica de los profesionales de especialidades médico-quirúrgicas (Congreso de Colombia, 2018). Recientemente la Resolución 1052 de 2020 (MSPS, 2020b), definió el mecanismo de financiación de dichas especialidades. La ACHC (2018) propuso al Congreso de la República avanzar, perdurar y promover estos proyectos de Ley. Como recomendación para incentivar la formación de médicos especialistas de las ciudades intermedias o pequeñas, se propone a las IPS y Universidades y el gobierno nacional que, bajo la modalidad docencia-servicio, asuman el reto de adoptar y apoyar la formación de médicos especialistas de acuerdo con las necesidades de su población, proyectando y fijando un tiempo determinado para el ejercicio de estos profesionales en las regiones y así, impactar positivamente a la educación, los resultados en salud, la satisfacción de los usuarios y el costo per cápita.

Con relación a la experiencia de los profesionales e implementación de la estrategia de la cuádruple meta, se determinó que los tipos de contratación que se tienen con el personal son una barrera, porque se tienen diversas modalidades P 6: 6:19 (3:37-3:146). Alineado a este resultado, se tiene que el 30% de los profesionales de la salud en Colombia no cuentan con un vínculo laboral con el empleador (Monsalve Ortiz et al., 2013), lo cual genera un reto a las instituciones en el cumplimiento de sus estrategias y objetivos organizacionales, debido a que, tanto el desempeño,

eficiencia y sostenibilidad del sistema, como el éxito en los resultados en salud son consecuencia del talento humano.

Una de las barreras externas que afectan el desarrollo de la estrategia, es la inequidad del sistema, como consecuencia de la falta "disponibilidad de servicios en todas las localidades del país o la nación que se esté evaluando, se observa que son superiores la demanda de servicios frente a la oferta y la capacidad que se tiene en los diferentes territorios para poder atender esa población" P 6: 6:54 (5:3758-6:154). Es más, el gasto en salud pública per cápita es mayor en aquellos municipios con baja capacidad institucional y baja concentración de población, como las regiones de la Orinoquía y Amazonas (MSPS, 2018) debido a la limitación en la oferta, además, el acceso a los diferentes niveles de atención impactan principalmente la áreas rurales y zonas marginadas (MSPS, 2015). Por lo tanto, sería conveniente diseñar desde el Ministerio de Salud, los entes territoriales, los aseguradores y prestadores, un modelo de atención en salud para la población de áreas rurales, sin concentración de los servicios en las grandes ciudades, para garantizar que estas poblaciones distantes, tengan el acceso y cobertura de servicios de salud de diferentes niveles de complejidad.

Dentro de la descripción de los elementos de la estrategia gerencial de la IPS de estudio se determinó que está orientada hacia "la eficiencia y efectividad" P5:5:14 (2:1825-2:1998), adicionalmente, esta IPS está trabajando en algunos de los cuatro elementos de la estrategia, de manera desarticulada (P1: 1:08). Se analizó fallas en la medición y ausencia de metas establecidas P 4: 4:101 (4:2495-4:2528). Más aún, no se definieron o describieron explícitamente aquellos indicadores institucionales que dan respuesta a la eficiencia y efectividad. Por lo tanto, se recomienda a la IPS revisar y actualizar el cuadro de mando de indicadores clave para la

institución, socializar con los diferentes niveles organizacionales y monitorear de manera periódica el comportamiento de estos frente a las metas establecidas. Conjuntamente, continuar con la implementación de la estrategia de la cuádruple meta, puesto que permite generar valor superior (Fundación Santafé de Bogotá, s.f.), disminución de los costos de atención por grupos relacionados de diagnóstico y niveles de severidad, incrementa los niveles de satisfacción integral de la experiencia de las partes interesadas, mejora los resultados en salud e incrementa la sobrevivencia de los pacientes (FVL, 2018).

Como conclusión de esta investigación, se logró identificar que las limitaciones que enfrenta una IPS al implementar la estrategia de la cuádruple meta pueden ser internas, como definición de la estrategia de la cuádruple meta desde la planeación institucional, deficiencia en la comunicación con las partes interesadas (Marín et al., 2019), contratación del personal, desarrollo del liderazgo (FVL, 2019), falencias en los modelos de trabajo en equipo (Taylor, 2018), definición y monitorización de indicadores, modelos de educación para los usuarios y profesionales; como externas, debido a la oportunidad en el flujo de recursos, insuficiencia de los modelos de atención que garantice el acceso y cobertura (Marín et al., 2019) en áreas con población de baja concentración (MSPS, 2018a). Finalmente, se recomienda a los diferentes actores del sistema de salud de Colombia, evaluar las limitaciones que tienen frente a la implementación o desarrollo de la estrategia de la cuádruple meta, para generar acciones individuales y conjuntas que mitiguen estas barreras y que contribuyan a un mejor desempeño del sistema frente a los resultados en salud de la población, la experiencia de los usuarios, la experiencia de los profesionales y los costos.

## Anexos

### Anexo 1. Entrevista Semiestructurada

---

#### 1. PRESENTACIÓN

---

- 1.1 Los entrevistadores realizan una breve presentación personal, incluyendo nombres completos, profesión e información sobre su situación actual en la maestría.
- 1.2 Los entrevistadores agradecen el tiempo asignado para la entrevista, hacen un resumen del estudio, entregan el consentimiento informado, tratamiento de datos y grabación de la entrevista.
- 

#### 2. TIPIFICACIÓN ORGANIZACIONAL

---

##### 2.1 Organización

---

Nombre:

Naturaleza:	Privada	Pública	Mixta
-------------	---------	---------	-------

---

# Sedes	# Servicios Alta Complejidad	# Total de Servicios Habilitados	# Quirófanos
---------	------------------------------	----------------------------------	--------------

---

# Camas Hospitalización	# Camas Unidad de Cuidados Intensivos		
-------------------------	---------------------------------------	--	--

---

# Salas de Procedimiento	Promedio de Calificación de los usuarios		#De Colaboradores
--------------------------	--	--	-------------------

---

##### 2.2 Entrevistado

---

Nombre:

Cargo:

Profesión:

---

#### 3. INFORMACIÓN GENERAL

---

- 3.1 ¿Cómo define usted la calidad en salud?
- 3.2 ¿Cuáles son los elementos fundamentales para usted en una estrategia gerencial efectiva?
- 3.3 ¿Qué considera usted que la estrategia de la cuádruple meta aporta a la calidad en salud?
- 3.4 ¿Cuáles elementos de la cuádruple meta considera usted están definidos en los objetivos estratégicos de la institución?
- 3.5 ¿Cómo se desarrolla la estrategia de la cuádruple meta al interior de la institución?
- 3.6 ¿Qué barreras ha identificado usted al desarrollarse la estrategia de la cuádruple meta en la institución?
- 3.7 ¿Para usted cual es el origen de esas barreras?
- 

#### LIMITACIONES SALUD DE LA POBLACIÓN

---

- 3.8 Desde su rol de IPS ¿Qué dificultades ha identificado para mejorar los resultados en salud de la población?
- 3.9 Desde su cargo, ¿cuáles indicadores afectan directa o indirectamente los resultados en la
-

---

salud de la población?

---

**LIMITACIONES EXPERIENCIA DE LOS USUARIOS**

---

3.10 Desde su perspectiva, ¿Que oportunidades de mejora identifica, desde su institución, con relación a la experiencia de los usuarios?

---

**LIMITACIONES COSTO PER CAPITA**

---

3.11 ¿Cómo cree usted que la gestión de recursos económicos influye sobre la estrategia gerencial de la institución?

3.12 ¿Qué atributos de no calidad considera usted incrementan los costos en la prestación de servicios?

---

**LIMITACIONES EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES**

---

3.13 Para usted, ¿Cómo los profesionales de la salud influyen sobre la experiencia de los pacientes, resultados en la salud de la población y el costo?

3.14 Desde su perspectiva, ¿Qué factores afectan la motivación y bienestar de los profesionales en su institución?

---

**LIMITACIONES NACIONALES E INTERNACIONALES**

---

3.15 ¿Cuáles características del sistema de salud de Colombia considera usted afecta la implementación de la estrategia de la cuádruple meta?

3.16 ¿Qué condiciones del Sistema de Salud de Colombia favorecen a la implementación de la estrategia de la Cuádruple meta?

3.17 En su opinión, que limitaciones enfrentan los sistemas de salud a nivel mundial.

---

**CIERRE**

---

Cierre y agradecimiento por el espacio y la disposición con la entrevista

---

**Firmas:**

---

**Diana Rocio Alarcón Grisales**

---

**Luz Karine Londoño Pineda**

**Entrevistado**

## **Anexo 2. Consentimiento Informado de participación en trabajo de investigación**

### **Dirigido a: Nombres y apellidos (cargo)**

Mediante la presente, se le solicita su autorización para participar en el trabajo de investigación de la Maestría en Gerencia de Organizaciones de Salud de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali:” *Estrategia de la Cuádruple Meta: Limitaciones de su Implementación en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de Mediana y Alta Complejidad*”, realizada por las estudiantes Diana Rocío Alarcón Grisales y Luz Karine Londoño Pineda, orientado por la Profesora Mtr. Martha Viviana Arboleda Cano.

Dicho trabajo de grado tiene como objetivo principal: Identificar las limitaciones de una Institución Prestadora de Servicios de Salud de mediana y alta complejidad, al implementar la estrategia de la cuádruple meta. Por lo cual es pertinente solicitar respetuosamente su participación y consentimiento en el estudio, de manera libre y voluntaria, considerándolo como un cargo referente de esta institución, dejando claridad que no tendrá ninguna implicación de tipo personal, laboral, financiero o legal.

El enfoque metodológico de esta investigación, con la cual usted colaborará, es cualitativo, a través de estudio de caso. Mediante entrevistas semiestructuradas a profesionales de esta institución, se llevará a cabo la recolección de datos. Con la finalidad de reducir interpretaciones subjetivas, se grabará y procesará la información por etapas (conceptualización, categorización, organización y estructuración) para su posterior análisis a través del software ATLAS.ti. La actividad tiene un intervalo de duración entre 1 - 1.5 horas. La entrevista se realizará en el mes de agosto de 2020, en el horario y lugar o plataforma digital que usted considere pertinente en, dadas las circunstancias actuales por la pandemia actual del COVID-19.

Los alcances y resultados esperados de esta investigación permitirán identificar las limitaciones de una IPS al implementar la estrategia de la cuádruple meta, verificar los elementos de la estrategia establecidos por su institución, con base en los propuestos por Delgado (2012) y caracterizar las similitudes entre las limitaciones identificadas en la aplicación de la estrategia de la cuádruple meta por su IPS y los referentes internacionales.

Se tomarán y aplicarán las medidas de protección de datos de acuerdo con la Ley 1581 de 2012. Su participación en esta investigación no implicará ningún riesgo para usted o para su organización a nivel reputacional, legal, financiero o clínico. Toda la información suministrada en esta entrevista será exclusivamente de uso académico, conservando el carácter privado de los entrevistados. Además, los datos entregados serán absolutamente **confidenciales** y sólo se usarán para los fines académicos de la investigación. Los investigadores del trabajo de grado serán responsables de la calidad de **custodio de los datos** y tomarán todas las medidas para el adecuado tratamiento de los datos, el resguardo de la información registrada y la correcta custodia de estos.

Los investigadores responsables del trabajo de grado aseguran la **total cobertura de costos** del estudio, por lo que su participación no significará gasto alguno. Por otra parte, la participación en este estudio **no involucra pago o beneficio económico** alguno.

Cualquier duda sobre este proyecto o sobre su participación en él, puede realizar las preguntas que usted considere pertinentes, en cualquier momento de la entrevista y puede retirarse de la investigación en cualquier momento, sin que esto represente perjuicio. Su participación en este estudio es **completamente libre y voluntaria** y tiene derecho a negarse a participar o a suspender y dejar inconclusa su participación cuando así lo desee, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

Ya que la investigación ha sido autorizada por la dirección del programa de Maestría en Gerencia de Organizaciones de Salud – Pontificia Universidad Javeriana Cali, si usted considera que se han vulnerado sus derechos, le pedimos se comunique la Dra. Yolanda Zapata Bermúdez (yzapata@javerianacali.edu.co)

Desde ya le agradecemos su participación.

Diana Rocío Alarcón Grisales

Luz Karine Londoño Pineda.

Fecha \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, con base a lo expuesto en el presente documento, acepto voluntariamente participar en el trabajo de investigación de la Maestría en Gerencia de Organizaciones de Salud de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali :”*Estrategia de la Cuádruple Meta: Limitaciones de su Implementación en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de Mediana y Alta Complejidad*”, orientado por la Profesora Mtr. Martha Viviana Arboleda Cano, directora asignada por la Pontificia Universidad Javeriana de Cali.

He sido informado(a) de los objetivos, alcance y resultados esperados de este estudio y de las características de mi participación. Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima. Además, esta no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.

He sido informado(a) de que voy a ser grabado, que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar comuniqué la Dra. Yolanda Zapata Bermúdez (yzapata@javerianacali.edu.co; +57 (2) 3218200 Ext. 8350)

Entiendo que una copia de este documento de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al Investigador Responsable del proyecto Diana Rocío Alarcón Grisales y/o Luz Karine Londoño Pineda a los correos electrónicos dralarcon@javerianacali.edu.co, llklp2019@javerianacali.edu.co, o a los teléfonos +57 3146699776 o +57 310 5241726

.....  
Nombre y Firma



Diana Rocío Alarcón Grisales  
Investigador Responsable



Luz Karine Londoño Pineda  
Investigador Responsable

## Referencias

- Abarca, B., Armenteros del Olmo, L., Carreras, M., Clavería, A., Domínguez, M., Dono, M., López, S., López, M., Muiño, X., Represa, F., Rodríguez., Sánchez, J., y Valls, D. (2019). *Por una atención primaria vertebradora del sistema de salud*. Servizo Galego de Saúde [Sergas]. <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1154/Por%20una%20atenci%C3%B3n%20primaria%20vertebradora%20del%20sistema%20de%20salud%20-%20WEB.pdf>
- América Economía. (2019, 25 de octubre). *Ránking de Clínicas y Hospitales: Los mejores hospitales y clínicas de América Latina*. Clúster Salud América Economía. <https://clustersalud.americaeconomia.com/gestion-hospitalaria/ranking-de-clinicas-y-hospitales-estos-son-los-mejores-de-latinoamerica-2019>
- Arboleda, M., y Boresoff, M. (2019). *La cuádruple meta como estrategia gerencial en organizaciones de salud en la ciudad de Santiago de Cali, Colombia* [Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Javeriana Cali]. Vitela. [http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/12685/Cuadruple\\_meta\\_estrategia\\_gerencial.pdf?sequence=1](http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/12685/Cuadruple_meta_estrategia_gerencial.pdf?sequence=1)
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas [ACHC]. (2017, diciembre). *La realidad financiera de los hospitales y clínicas*. <http://achc.org.co/wp-content/uploads/2018/01/Realidad-Financiera-Hospitales.pdf>
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas [ACHC]. (2018, 25 de abril). *Ley de residencias médicas*. <https://achc.org.co/tag/ley-de-residencias-medicas/>

- Berwick, D., Nolan, T., & Whittington, J. (2008). The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759–769. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient. *Annals of Family Medicine*, 12(6), 573–576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
- Cano, S., Giraldo, A., y Forero, C. (2016). Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(1), 48-53. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n1a06>
- Cuenta de Alto Costo [CAC]. (2019, 31 de julio). *Situación del VIH Sida en Colombia 2018*. <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/situacion-del-vih-en-colombia-2018/>
- Decreto 1011 de 2006. (2006, 3 de abril). Presidencia de la República de Colombia. Diario oficial No. 46.230. <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=19975#0>
- Delgado, P. (2012). En búsqueda de la triple meta: una invitación a la exploración conjunta. *Via Salud*, 16, 4–11. [http://app.ihl.org/Marketing/program\\_documents/TRIPLEAIMPEDRODELGADO.pdf](http://app.ihl.org/Marketing/program_documents/TRIPLEAIMPEDRODELGADO.pdf)
- Díaz de Rada, V. (2014). Análisis de las incidencias en encuestas presenciales: mejoras en el trabajo de campo. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (145), 43–72. <https://doi.org/10.5477/cis/reis.145.43>
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., y Varela, M. (2013). La Entrevista, Recurso Flexible y Dinámico. *Investigación En Educación Médica*, 2(7), 162–167. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572013000300009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572013000300009&script=sci_arttext)
- EPS Sanitas. (2019, 7 de junio). *Informe de Gestion Sanitas 2018*. [https://www.epssanitas.com/usuarios/documents/9441058/9702079/Rendicion\\_de\\_Cuentas](https://www.epssanitas.com/usuarios/documents/9441058/9702079/Rendicion_de_Cuentas)

\_mayo\_2019.pdf

EPS Sura. (2019). *Informe de Gestión 2018*. <https://www.epssura.com/files/2019/Informe-Anual-2018.pdf>

Fundación Santa Fe de Bogotá [FSFB]. (s.f.). *Nuestro Valor Superior*.  
<https://www.fsfb.org.co/wps/portal/fsfb/inicio/acercadefsfb/valor-superior>

Fundación Valle del Lili. (2019, marzo). *Informe de Gestión Anual 2018*.  
<https://valledellili.org/wp-content/uploads/2019/04/Informe-anual-2018-web.pdf>

Fundación Valle del Lili. (2020, marzo). *Informe de Sostenibilidad 2019*.  
<https://valledellili.org/wp-content/uploads/2020/04/Informe-de-Sostenibilidad-2019.pdf>

Grupo Sura. (2020, 29 de marzo). *Informe Anual 2019*. <https://www.gruposura.com/wp-content/uploads/2020/03/sura-grupo-informe-anual-web-2019-1.pdf>

Himmelstein, D., Campbell, M., & Woolhandler, M. (2020). Health Care Administrative Costs in the United States and Canada, 2017. *Annals of Internal Medicine*, (172), 134-142.  
<https://doi.org/10.7326/M19-2818>

Kallio, H., Pietilä, AM., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954–2965. <https://doi.org/10.1111/jan.13031>

Ley 100 del 1993. (1993, 23 de diciembre). Congreso de la República de Colombia. Diario oficial No. 41.148. [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html)

Ley 1122 del 2007. (2007, 9 de enero). Congreso de la República de Colombia. Diario oficial No. 46.506). [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1122\\_2007.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html)

Ley 1438 de 2011. (2011, 19 de enero). Congreso de la República de Colombia. Diario oficial No.

47.957. [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1438\\_2011.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html)

Ley Estatutaria 1751 de 2015. (2015, 16 de febrero). Congreso de la República de Colombia.

Diario oficial No. 49.427.

[http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1751\\_2015.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html)

Ley 1917 de 2018. (2018, 12 de julio). Congreso de la República de Colombia. Diario oficial No.

50.652. <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/30035417>

Malagón, G., Galán, R., y Laverde, G. (2006). *Garantía de calidad en salud*. Ed. Médica Panamericana.

Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso: Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión: Revista de La División de Ciencias Administrativas de La*

*Universidad Del Norte*, (20), 165–193.

<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/pensamiento/article/view/3576>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Informe Nacional de calidad en la atención en Salud*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/informe-nal-calidad-atencion-salud-2015.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018a). *Estructura del gasto en Salud Pública en Colombia*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/estructura-gasto-salud-publica-colombia.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Salud. (2018b). *Ranking de satisfacción EPS 2018*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Ranking->

satisfaccion-eps-2018.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Estudio Nacional de Evaluación de los servicios de las EPS - Régimen Contributivo y Subsidiado Colombia.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/presentacion-informe-final-servicio-eps-II2019.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020a). *Cifras de aseguramiento en salud.*

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020b). *Resolución No.1052 de 2020.*

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución No. 1052 de 2020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%201052%20de%202020.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020c). Valor de la UPC para el 2020. *Consultor Salud,*

16–26. <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2019/12/Valor-de-la-Unidad-de-Pago-por-Capitación-UPC-2020-Resolucion.pdf>

Monsalve, L., Cubides, J., y Restrepo, D. (2013). Caracterización del talento humano en salud:

Hacia el sistema de información y registro único nacional. *Políticas En Salud*, (4), 63–68.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Caracterizacion-talento-humano-en-salud.pdf>

Nuño, R., Urtarani, M., Urizar, E., y Antepara, C. (2018). La transformación hacia una sanidad

basada en valor. *Duesto Business School*, 1–12. doi: 10.13140/RG.2.2.24905.80486.

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2014). *Cobertura Universal de Salud.*

[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9392:universal-health-coverage&Itemid=40690&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392:universal-health-coverage&Itemid=40690&lang=es)

Philips. (2019, 5 de septiembre). *Estudo realizado pela Philips, Future Health Index 2019 da*

*Philips, destaca como as tecnologias digitais no setor de saúde ajudam médicos e pacientes no dia a dia.* Philips Brasil. <https://www.philips.com.br/about/news/archive/standard/news/press/2019/20190905-estudo-realizado-pela-philips-future-health-index-2019-da-philips-destaca-como-as-tecnologias-digitais-no-setor-de-saude-ajudam-medicos-e-pacientes-no-dia-a-dia.html>

Pino, L. E. (2019, 13 de junio). El Posibilismo resignado en la salud. *Consultor Salud*. <https://consultorsalud.com/el-posibilismo-resignado-en-la-salud/>

Quintero, A., y Anturi, L. (2019). *Mejoramiento de la Experiencia del paciente en servicios de consulta externa de una IPS de alta Complejidad - Santiago de Cali*. [Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Javeriana Cali]. Vitela. <http://vitela.javerianacali.edu.co/handle/11522/12000?locale-attribute=es>

Restrepo, D., y Ortíz, L. (2017). Aproximaciones a la estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas en Colombia , 2015 - 2030. *Observatorio de Talento Humano en Salud*, 1–23. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Especialistas-md-oths.pdf>

Salud Total EPS. (2020, 19 de marzo). *Informe de Gestión 2019*. [https://saludtotal.com.co/wp-content/uploads/2020/07/INFORME-DE-GESTI%C3%93N-2019-SALUD-TOTAL-EPS-S-MARZO19DE2010-1\\_compressed-1.pdf](https://saludtotal.com.co/wp-content/uploads/2020/07/INFORME-DE-GESTI%C3%93N-2019-SALUD-TOTAL-EPS-S-MARZO19DE2010-1_compressed-1.pdf)

Sikka, R., Morath, J., & Leape, L. (2015). The quadruple aim: Care, health, cost and meaning in work. *BMJ Quality and Safety*, 24(10), 608–610. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004160>

Taylor, K. (2018). *Time to Care: Securing a future for the hospital workforce in the UK*. Deloitte.

<https://blogs.deloitte.co.uk/health/2018/02/time-to-care-securing-a-future-for-the-hospital-workforce-in-the-uk.html>

Troncoso, C., y Amaya, A. (2017). Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Revista de La Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia*, 65(2), 329–332. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.60235>

Vítolo, F. (2016). *La triple meta en la atención de la salud*. Biblioteca Virtual NOBLE. <http://asegurados.descargas.nobleseguros.com/download/posts/October2017/ZpFisvOEFhadPSzTHzVz.pdf>

Weller, J., Boyd, M., & Cumin, D. (2014). Teams, tribes and patient safety: Overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgraduate Medical Journal*, 90(1061), 149–154. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131168>

Whittington, J., Nolan, K., Lewis, N., & Torres, T. (2015). Pursuing the Triple Aim: The First 7 Years. *Milbank Quarterly*, 93(2), 263–300. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12122>

Zambon, L. (2018). “Triple Aim” del IHI debe ser sustituido por el “Quadruple Aim”. Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente [IBSP]. [https://www.segurancadopaciente.com.br/es/central\\_conteudo/triple-aim-del-ihl-debe-ser-sustituido-por-el-quadruple-aim/](https://www.segurancadopaciente.com.br/es/central_conteudo/triple-aim-del-ihl-debe-ser-sustituido-por-el-quadruple-aim/)