PROPUESTA CONCEPTUAL DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA UN CENTRO DE EXCELENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA (HUS)

Estudiante:

Nelson Cristóbal Aristizábal Aristizábal

Universidad de La Sabana

Escuela Internacional de Ciencias Económicas y Administrativas

Chía, Colombia

2020

PROPUESTA CONCEPTUAL DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA UN CENTRO DE EXCELENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA (HUS)

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para obtener el título de

MAGÍSTER EN GERENCIA ESTRATÉGICA
(Modalidad de profundización)

NELSON CRISTÓBAL ARISTIZÁBAL ARIZTIZÁBAL

Director
ING. LUIS ALEJANDRO RODRÍGUEZ RAMÍREZ, MBA

Universidad de La Sabana
Escuela Internacional de Ciencias Económicas y Administrativas
Chía, Colombia
2020

DEDICATORIA

""Dedico esta tesis a mi familia, quiénes fueron y serán mi motivación para lanzarme a cada proyecto nuevo en mi vida."

AGRADECIMIENTOS

Es esta la oportunidad para expresar mis agradecimientos a:

A Gloria, mi esposa, por su paciencia y apoyo en cada uno de los momentos difíciles. A mi hija Daniela, por ser mi soporte cuando más lo necesité, y ser de profesora cuando lo requerí. A mi hijo Juan Felipe, por ser mi impulso y por todas las palabras de apoyo que me brindó. A mis compañeros y amigos, Jeffrey y Fredy, con quienes compartí este gran camino. Por último, al Ingeniero Luis Alejandro, mi director de tesis, quien con sus conocimientos y paciencia nos guio hasta el final. Y a cada uno de los profesores quienes me enseñaron en esta experiencia.

NELSON CRISTOBAL ARISTIZÁBAL ARISTIZÁBAL

Resumen:

El siguiente documento es un proyecto aplicado en modalidad de profundización sobre una propuesta conceptual de gestión de calidad para un centro de excelencia (CEX) de un hospital universitario. El trabajo estudia a fondo todos los conceptos, enfoques y aportes teóricos relacionados con CEX, hospitales universitarios y gestión de la calidad en el sector salud. El proyecto es descriptivo, explicativo y transversal por lo cual estudia de forma minuciosa el Hospital Universitario de La Samaritana para diseñar la mejor propuesta conceptual para la gestión de calidad, siendo su diseño el objetivo principal de todo el ejercicio. Para lograr el objetivo se revisa el estado del arte relacionado con CEX y gestión de la calidad basado en la ISO 9001:2015, EFQM y el proceso de acreditación de Joint Commission International. También se analiza el sistema de gestión de calidad actual del HUS y su aplicabilidad en el CEX. El enfoque lo complementa el trabajo de procesamiento de información suministrada por expertos. El documento concluye que el HUS está en condiciones de gestionar el CEX debido a condiciones internas y externas que lo favorecen y por su parte la propuesta está ajustada a sus necesidades.

Palabras clave: HUS, centros de excelencia, propuesta conceptual, gestión de calidad.

Abstract:

This document is an applied project in deepening mode about a quality management proposal (QMP) for a center of excellence (CEX) of a university hospital. This work studies in all the concepts, approaches and theoretical contributions related with the CEX, university hospitals and quality management focused in healthcare sector. The project follows a descriptive, explanatory, and transversal methodology which studies closely the La Samaritana University Hospital to get the best proposal of the QMP, being its design the main objective of this whole exercise. To get the aim, it was checked the state of art related to CEX and the quality management based on ISO 9001:2015, the EFQM model and the accreditation process of Joint Commission International. It is also analyzed the La Samaritana´s current Quality Management System and its applicability in the CEX. The process is fulfilled with the expert´s information processing. The document concludes that La Samaritana´s Hospital is under external and internal conditions for conduct the management of the model, which allows the deployment and the proposal designed is adjusted to its needs.

Key words: HUS, center of excellence, conceptual proposal, quality management.

TABLA DE CONTENIDO

GLOSARIO 11
CAPÍTULO 1 14
INTRODUCCIÓN 14
CAPÍTULO 2 17
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 17
2.1 Descripción del problema 17
2.1.1 Pregunta problema 17
2.2 Objetivos. 17
2.2.1 Objetivo General. 17
2.2.2 Objetivos Específicos. 17
CAPÍTULO 3 17
JUSTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO 17
3.1 Justificación 17
3.2 Delimitación del estudio 19
CAPÍTULO 4 20
MARCO CONCEPTUAL 20
4.1 Teoría alrededor de los Centros de Excelencia (CEX). 20
4.1.1 Características de los CEX. 22
4.1.2. Casos de CEX: éxitos y fracasos 23
4.2 Conceptos de gerencia estratégica en salud. 26
4.2.1 Gerencia estratégica en Hospitales Universitarios. 29
4.3 Hospitales Universitarios. 30
4.4 Modelo de gestión de calidad. 32
4.4.1 Conceptos del modelo de gestión de calidad. 32
4.4.2 ¿Qué es la calidad? 33
4.4.3 Herramientas de seguimiento de la calidad. 34
4.4.4 La gestión de la calidad total. 34
4.4.5 La calidad en la atención. 36
4.6 Modelos de gestión de calidad: Modelo EFQM, y el ISO 9001. 37
4.6.1 European Foundation for Quality Management (EFQM). 38
4.6.2 ISO 9001. 39
4.7 Joint Commission International (JCI). 42
4.7.1 Estándares 43

4.7.2 Intenciones. 43
4.7.3 Elementos medibles (EM). 43
CAPITULO 5 45
METODOLOGÍA 45
5.1 Tipo de estudio 45
5.2 Enfoque 45
5.3 Diseño metodológico 46
5.4 Fuentes de recolección de información 46
5.4.1 Fuentes primarias 47
5.4.2 Fuentes secundarias 49
5.5 Procesamiento y análisis de la información 51
5.6 Proceso de socialización 52
5.6.1 Socialización en el HUS. 52
5.6.2 Socialización MGC en la Universidad de La Sabana. 52
CAPÍTULO 6 53
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA. 53
6.1 Entorno estratégico del HUS 53
6.1.1 Misión 53
6.1.2 Visión 53
6.1.3 Direccionamiento estratégico 53
6.1.4 Objetivos estratégicos 54
6.1.5 Principios y valores 54
6.1.6 Capacidad instalada del HUS. 55
6.1.7 Política de calidad. 56
6.2 Sistema de gestión de calidad del HUS. 57
6.2.1 Requisitos de SOGC 59
6.2.2 Sistema de Gestión de Calidad del HUS. 60
6.3 Estado del proceso de centros de excelencia. 62
6.3.1 Contextualización. 63
6.3.2 Análisis de la demanda. 63
6.3.3 Impacto general en el sistema. 64
6.3.4 Análisis de capacidad instalada. 64
6.3.5 Descripción del producto y/o servicio prestado. 65
CAPÍTULO 7 66

DESARROLLO DEL ESTUDIO 66
7.1 Entrevista semiestructurada y grupo focal. 66
7.2 Benchmarking HUS – Fundación Santa Fe. 74
7.2.1 Centros de excelencia acreditados de Fundación Santa Fe. 76
7.2.2 Identificación del Benchmark. 76
7.2.3 Trabajo de campo complementario. 78
CAPÍTULO 8 79
RESULTADOS Y PROPUESTA. 79
8.1 Propuesta conceptual de gestión de la calidad para el HUS. 79
8.2 Articulación propuesta conceptual para la gestión de calidad – CEX. 85
8.2.1 Descripción de la propuesta conceptual de gestión de calidad. 87
8.2.2 Propuesta conceptual centro de excelencia en trauma raquimedular. 89
CAPÍTULO 9. 91
CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS 91
9.1 Conclusiones. 91
9.2 Perspectivas de profundización. 94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 95
ANEXOS 103

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Modelo EFQM. 38
Figura 2 Propuesta conceptual de gestión de calidad para un centro de excelencia en el HUS. 88
Figura 3 Propuesta conceptual de gestión de calidad trauma raquimedular incluyendo EFQM, ISO 9001:2015 y Joint Commission International. 90

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Requerimientos de gestión estratégica. 27
Tabla 2 Herramientas utilizadas en la gestión de la calidad. 34
Tabla 3 Atributos de la prestación de servicios de salud. 37
Tabla 4 Etapas realización del grupo focal 48
Tabla 5 Estudio del manual de JCI para la propuesta conceptual. 50
Tabla 6 Principios del HUS. 55
Tabla 7 Valores del HUS. 55
Tabla 8 Descripción organizacional HUS. 55
Tabla 9 Componentes política de calidad HUS 56
Tabla 10 Componentes SOGCS. 59
Tabla 11 Requisitos SGC del HUS basado en la norma ISO 9001:2015. 61
Tabla 12 Plataforma estratégico CEX trauma raquimedular. 63
Tabla 13 Análisis capacidad instalada CEX trauma raquimedular. 64
Tabla 14 Matriz procesamiento de información entrevista semiestructurada y grupo focal. 67
Tabla 15 Descripción organizacional Fundación Santa Fe. 74
Tabla 16 Centros de excelencia Fundación Santa Fe certificados por JCI. 76
Tabla 17 Mejores prácticas identificadas Benchmark con Fundación Santa Fe. 76

GLOSARIO

Para comprender el contexto de este documento se hace necesario comprender los conceptos involucrados en la concepción y diseño de CEX como de la gestión de la calidad. Con esta finalidad se realiza una extracción textual de los contenidos del glosario del HUS (2020d):

Acreditación: Acto por el cual el estado adopta y hace público el reconocimiento que los pares académicos hacen de la comprobación que efectúa una institución sobre la calidad de sus programas académicos, su organización, funcionamiento y cumplimiento de su función social.

Administración de recursos humanos: Estudio de la forma en que las organizaciones obtienen, desarrollan, evalúan, mantienen conservan el número y el tipo adecuado de trabajadores su objetivo es proveer a las organizaciones una fuerza laboral efectiva.

Administración pública: Apropiada captación y manejo de bienes, ingresos y rentas de la nación, cuyo funcionamiento permita garantizar el cumplimiento de los fines del Estado y el bienestar de sus asociados.

Administración: Correcta disposición de bienes y recursos para la consecución de utilidad o ganancia. Es el proceso de dirigir, definir estrategias, movilizar recursos humanos y materiales, implementar y hacer seguimiento de diferentes procesos y aspectos de una organización, de manera sistemática y deliberada, para lograr los objetivos deseados.

Alcance o extensión: Relación que existe entre el número de partidas individuales examinadas y el número total de partidas sujetas a evaluación.

Autoridad: Poder legítimo. crédito y fe que se otorga a una persona. revestida de poder, mando o magistratura. También es la facultad para mandar y tomar decisiones obligatorias.

Bienestar universitario: Conjunto de actividades orientadas al desarrollo de las dimensiones físicas, psico-afectivas, espirituales, culturales y sociales de los estudiantes, docentes y personal administrativo. Es un aporte al proceso educativo, mediante acciones formativas.

Comunicación: Transferencia de información comprendida de una a otra persona.

Control de calidad: Grado de satisfacción de la comunidad por bienes y servicios que se les prestan.

Control de gestión: (art.12 ley 42/93): Examen de eficiencia y eficacia en las entidades de la administración de los recursos públicos, determinada mediante la evaluación de sus procesos administrativos, la utilización de indicadores de rentabilidad pública y desempeño y la identificación de la distribución del excedente producido, así como de los beneficiarios de sus actividades.

Control de resultados: (art.13 ley 42/93) Examen para establecer en qué medida los sujetos de la vigilancia logran sus objetivos y cumplen los planes, programas y proyectos adoptados por la administración, en un período determinado.

Control financiero: (art.10 ley 42/93) Examen que se realiza, con base en las normas de auditoría de aceptación general, para establecer si los estados financieros de una entidad reflejan el resultado de sus operaciones y los cambios en su situación financiera, comprobando que en la elaboración de los mismos y en las transacciones y operaciones que los originaron, se observaron y cumplieron las normas prescritas por las autoridades competentes y los principios de contabilidad.

Control presupuestario: Proceso mediante el cual la administración asegura la captación de recursos y su empleo eficaz y eficiente en procura de objetivos.

Controles preventivos: Medidas encaminadas a evitar la materialización de amenazas. Generalmente están ubicados de tal forma que entran a operar cuando los controles disuasivos no han funcionado.

Desarrollo organizacional: Estrategia que utiliza procesos de grupo para centrarse en la totalidad de la organización a fin de producir cambios planeados.

Disciplina correctiva: Acción que sigue a la transgresión de una regla cuyo propósito es desalentar otras transgresiones a fin de lograr el cumplimiento de las normas y políticas vigentes.

Disciplina preventiva: Acción realizada para alentar a los empleados a acatar las normas y políticas vigentes, para prevenir las posibles desviaciones.

Docencia: Función de la universidad que implica la realización directa de los procesos sistemáticos de enseñanza – aprendizaje. Incluye diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de los procesos formativos y sus resultados, y de otras actividades educativas en el marco del proyecto educativo institucional.

Efectividad: Concepto que involucra eficiencia y eficacia, consistente en alcanzar resultados programados a través de un uso óptimo de los recursos.

Eficacia: Grado de optimización en que un servidor público, organización, programa, proyecto, actividad o función logra los objetivos previstos en sus políticas, las metas operativas establecidas y otros logros esperados. Se refiere a hacer lo necesario para obtener el resultado deseado, con el mínimo esfuerzo. Comprende el logro de efectos deseados en la consecución de objetivos. análisis de la oportunidad, con que las entidades públicas encargadas de la producción de bienes y la prestación de servicios logran sus resultados.

Eficiencia: Es la relación entre los recursos utilizados y los bienes o servicios producidos. Logro de un objetivo al menor costo unitario posible. Se refiere al uso óptimo de recursos en programas, subprogramas y proyectos. Es el examen de los costos con que las entidades públicas encargadas de la producción de bienes y la prestación de servicios alcanzan sus objetivos y resultados. El estudio debe verificar que, en igualdad de condiciones de calidad, unos y otros se obtengan al mínimo costo.

Evaluación de desempeño: Proceso para determinar, en forma objetiva, cómo ha cumplido el empleado las responsabilidades de su puesto.

Evaluación: Señalamiento, estimativo, apreciación, cálculo del valor de una acción o cosa. Medición dentro de términos previstos del desarrollo o resultado de una operación. Examen analítico y crítico del sistema de control interno orientado a prevenir, subsanar u obviar fallas en el proceso.

Gestión: Proceso que desarrolla actividades productivas para generar rendimientos de los factores intervinientes. Diligencia que conduce al logro de un negocio o satisfacción de un deseo.

Manual: Libro donde se recopila lo más sustancial de una materia. Documento o cartilla que contiene las nociones básicas de un arte o ciencia y su forma correcta de aplicación.

Meta: Sumatoria de objetivos orientados dentro de un esquema de planeación. permite precisar el alcance del objetivo. Son la expresión tangible de un objetivo en términos cuantitativos y cualitativos.

Objetivo: Resultado que una entidad o institución aspira lograr a través del cabal discernimiento de su misión. Es una descripción de resultados que deben ser alcanzados. Finalidad a la que se orientan las acciones de un plan, programa, subprograma o proyecto. el objetivo debe ser de amplio alcance organizacional. Debe ser un reto, claro y definido, en el corto, mediano y largo plazo y ser priorizado. Los objetivos deben ser comprendidos por todos los miembros del grupo.

Políticas: Directrices generales formuladas por la alta dirección para orientar y facilitar el cumplimiento de la misión y el desarrollo de la visión.

Proceso: Conjunto de actividades que recibe uno o más insumos o pasos y crea un producto de valor para otro usuario, formando una cadena orientada a obtener un resultado final. De su diseño y documentación depende el éxito de la gestión. Conjunto de fases, momento o etapas sucesivas de un fenómeno, tarea u operación.

Sistema de Gestión: Conjunto de reglas y principios relacionados entre sí de forma ordenada, para contribuir a la gestión de procesos generales o específicos de una organización. Permite establecer una política, unos objetivos y alcanzar dichos objetivos. Un sistema de gestión normalizado es un sistema cuyos requisitos están establecidos en normas de carácter sectorial, nacional, o internacional (Think & Sell, 2020).

Valor agregado: Remuneración de los factores e insumos por su contribución al mejoramiento del proceso productivo.

Visión: Descripción de cómo se ve la institución si se realizan con éxito sus estrategias de desarrollo y alcanza su mayor potencial. Al interior de esa descripción se deben encontrar la misión, las estrategias básicas, los criterios de desempeño, las normas para la toma de decisiones y los estándares éticos y técnicos que se esperan de todos los funcionarios.

CAPÍTULO 1
INTRODUCCIÓN

En el sector de la salud, la preocupación actual se refiere definir la manera de mejorar la calidad de la atención. Se trata de un problema de naturaleza estratégica, porque aborda la destinación de recursos (humanos, financieros, físicos y tecnológicos) y capacidades organizacionales, en el tiempo para el logro de unos objetivos propuestos. Desde luego los objetivos están relacionados con el desarrollo de los procesos misionales de las organizaciones. Ante esta situación, se han adaptado los enfoques aportados por las disciplinas de la gestión, la administración y la gerencia, a los procesos propios de las instituciones de salud. Por medio de estos conocimientos, los hospitales han tenido un salto cualitativo y cuantitativo en su desempeño, ya que pueden planificar, ejecutar, medir, controlar, evaluar, analizar y retroalimentar todos sus procesos, de manera que mejore su rendimiento, se incremente su nivel de productividad y pueda desarrollar ventajas competitivas.

Desde luego, para que esto sea posible, es necesaria la gestión de la calidad, que permite a los hospitales orientar su recurso humano; gestionar el conocimiento; convertirse en organizaciones dispuestas al cambio y desarrollar procesos de aprendizaje, que beneficien a sus stakeholders. En el caso de los hospitales, toda su existencia está planteada en función de la restauración o recuperación del estado de salud física, mental y social de los pacientes y su familia. Como se podrá suponer, es necesario una propuesta conceptual de gestión de la calidad que organice, distribuya, controle y retroalimente los procesos, de manera que en una estructura cíclica se sugiera cursos de acción al hospital y mejore su desempeño organizacional, financiero, humano, técnico, clínico y operacional.

Por supuesto, no se trata de que todo sean enfoques derivados de la disciplina de la administración, sino que la integración de enfoques con el conocimiento, metodologías y especialidades médicas, generan nuevas herramientas, con las cuales se puede prestar un mejor servicio a los pacientes y beneficiar a sus familias. Esta es la necesidad y el entorno que origina el presente proyecto de aplicación en su modalidad de profundización, puesto que para organizaciones como el Hospital Universitario de La Samaritana (HUS), es necesaria la gestión de la calidad, pero se ha revelado como insuficiente para el tratamiento efectivo de algunos padecimientos, por lo cual se han desarrollado metodologías interdisciplinares de las ciencias de la salud y otras de apoyo, que establecen protocolos para la atención de patologías; logrando así, una experiencia satisfactoria del paciente y su familia en la atención en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) (Lifeder, 2020).

Dicha metodología basada en la óptima utilización de recursos, conocimientos, personal y procedimientos es lo que se conoce como centros de excelencia (CEX); un proceso al que se ha visto abocado el HUS, como forma de atender mejor a sus pacientes, pero también con una finalidad de supervivencia y sostenibilidad organizacionales. Este proceso se encuentra en fase de diseño y el presente trabajo complementa el enfoque que lo hará viable puesto que define el marco y las relaciones que se deben generar al interior del CEX para que sea efectivo y eficiente en la restauración de las condiciones de salud de los pacientes y sus familias.

Como resultado, este documento plantea cual debería ser la propuesta conceptual para la gestión de calidad bajo los lineamientos de un CEX en el HUS. Un CEX por su parte requiere un proceso de acreditación por la Joint Commission International, para que sea válido, por lo cual se examina su estructura y requisitos. De acuerdo con el estudio realizado, es imperativo emplear estos métodos de atención al paciente, por variados motivos, como lo son: la función del hospital en la sociedad, los requerimientos en salud en un mundo globalizado, competitivo y con demandas de optimización financiera, técnica, clínica, científica, de formación, investigación, docencia y extensión permanentes. Esas grandes demandas de desempeño se presentan porque se trata no sólo de un hospital que es cabeza de red hospitalaria del departamento de Cundinamarca, sino porque se trata de un hospital universitario que funciona como centro de formación e investigación y opera como centro de prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad y porque En esas condiciones, se hace necesario mejorar las prácticas, protocolos y procedimientos asistenciales, lo cual se puede alcanzar mediante CEX. En este caso, teniendo como base la gestión de calidad que se fundamenta en el enfoque a procesos, el pensamiento basado en riesgos y el mejoramiento continuo (Revista Énfasis, 2012).

El presente ejercicio es un proyecto aplicado en la modalidad de profundización, porque se centra en la experiencia del HUS. Es de naturaleza cualitativa porque se examina subjetivamente la organización y es inductivo en correspondencia con las finalidades de investigación pura. Su naturaleza inductiva se justifica en que a partir del estudio de la organización HUS, se espera que sirva de fundamento mediante las recomendaciones y proyecciones a otras experiencias de hospitales universitarios en Bogotá y de Colombia.

El documento consta de varios ejes temáticos, primero una introducción que presenta el documento, una justificación, luego el planteamiento de la pregunta problema y los objetivos que se esperan alcanzar. En la segunda etapa se recopila el ejercicio de consulta e investigación de las teorías,

conceptos y aportes de fuentes autorizadas en las materias y disciplinas relacionadas con el objeto de estudio. Y luego se realiza la presentación de los términos de la Joint Commission International, la norma ISO 9001:2015 el modelo EFQM, junto con su modificación, que resultará en la realización de la propuesta concreta para realizar los ajustes en la organización y pueda operar un CEX. Finalmente, el estudio termina con el análisis de resultados, las conclusiones del ejercicio y las recomendaciones pertinentes.

Este ejercicio, demanda la utilización de los conocimientos adquiridos en la formación de la maestría, la experiencia profesional acumulada y las habilidades personales en la ejecución de investigaciones en contextos académicos. Con este estudio, se pretende que haya certeza de lo que debe hacer el HUS, para adecuarse a estas nuevas condiciones de funcionamiento, así como para que sirva de proyección para futuras experiencias de CEX en otras especialidades clínicas que se manejen en el perfil epidemiológico del hospital. Por último, también se espera que sirva de base y referencia en la realización de estudios de la misma naturaleza y proyectos similares de implementación de estas metodologías.

CAPÍTULO 2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Descripción del problema.

2.1.1 Pregunta problema.

¿Cómo diseñar una propuesta conceptual de gestión de calidad para la creación de un CEX con base en el Sistema de Gestión de calidad del HUS alineado con los requerimientos de la Joint Commission International?

2.2 Objetivos.

2.2.1 Objetivo General.

Diseñar una propuesta conceptual para la gestión de la calidad para un CEX en el HUS teniendo en cuenta el sistema de gestión de calidad actual y los requerimientos de la Joint Commission International para solucionar las necesidades de tratamiento de patologías con óptimos resultados.

2.2.2 Objetivos Específicos.

- ✓ Revisar el estado del arte sobre diferentes conceptos a tratar en el trabajo, junto con la revisión de la gestión de calidad para los CEX; ISO 9001; modelo EFQM y, proceso de acreditación Joint Commission International.
- ✓ Analizar el sistema de gestión de calidad actual del HUS y su aplicabilidad en el CEX
- ✓ Realizar una referenciación competitiva con el centro hospitalario con mayor número de CEX certificados junto con ejercicios metodológicos que contengan la visión y opinión de expertos, para establecer la viabilidad de un CEX en el HUS.
- ✓ Establecer el aporte estratégico del CEX al HUS por medio de un MGC.

CAPÍTULO 3
JUSTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

3.1 Justificación.

Los avances teóricos y de modelos de gestión que se han dado en los últimos tiempos dan cuenta de los avances en las tecnologías de la información y la comunicación; como también del

avance en las herramientas que se utilizan en la administración, las cuales son más sofisticadas e integrales. Estos avances se han implantado especialmente al sector de la salud, que tiene particularidades como su alto impacto social y las altas inversiones en suministros y tecnologías médicas.

En Colombia los hospitales públicos se caracterizan por tener escasos recursos y verse expuestos a un mercado competitivo, por lo cual se hace necesario una actualización y disrupción en los métodos de administración, no sólo para lograr autonomía y sostenibilidad financiera sino para aumentar niveles de prestación de servicios y la seguridad del paciente, mejorando integralmente la calidad de la atención suministrada. Eso se logra con la implementación de centros de excelencia, que funcionan teniendo como base la gestión excepcional de la calidad. La necesidad o carencia se refiere a lo siguiente: se ha identificado que la supervivencia y viabilidad del hospital (HUS) radica en el mejoramiento de metodologías de atención al usuario, lo que significa la implementación de CEX en un entorno de gestión de la calidad diferenciado y soportado instrumentalmente por las guías de práctica clínica (GPC) (Centro de Estudios e Investigación en Salud, 2014). Con este proyecto se pretende subsanar ese vacío y carencia en la actualidad, para asegurar, al menos temporalmente, la operación con criterios de competitividad y productividad (Instituto Mexicano del Seguro Social;, 2004).

Por lo tanto, se hace necesario el diseño e implementación de una propuesta conceptual para la gestión de calidad que se desarrolle en el marco de la naturaleza, estructura, funcionamiento y finalidades de los centros de excelencia (CEX), donde son fundamentales, las GPC (Casariego, Pérez, & Costa, 2017). Dichos elementos constituyen una forma de elevar el nivel de calidad de la experiencia de recuperación de la salud del paciente, basados en el mejor conocimiento y las mejores prácticas. La ausencia de CEX, en el entorno actual de desarrollo organizacional y operativo de un hospital es una debilidad estratégica, porque la utilización de recursos y capacidades organizacionales no desarrolla todo su potencial de forma sostenible en el tiempo para conseguir los objetivos organizacionales. La subsanación de esa deficiencia es el proceso que conduce actualmente el HUS mediante el proceso de diseño y que se complementa con la propuesta de gestión de calidad aquí planteada. Es necesario avanzar en el desarrollo de propuestas para la gestión de la calidad bajo los lineamientos y requerimientos de un CEX, en el Hospital Universitario La Samaritana (HUS) porque se debe profundizar el entorno de calidad en la atención en salud en el sector público, pues el bienestar del paciente y su familia pueden ser optimizados por el restablecimiento de las condiciones de salud con la mejor atención basada en la mejor evidencia científica disponible y el uso de la mejor

tecnología. Esto significa emplear los mejores métodos para llevar a cabo la práctica médica. Los CEX son imprescindibles e indispensables para una prestación del servicio de salud de calidad, pues tienen un enorme impacto en el bienestar social pues se trata del desarrollo de metodologías especializadas, con la mejor dotación de recursos (humanos, físicos, tecnológicos y financieros) y procedimientos, para el tratamiento de los padecimientos del paciente.

En ese sentido, los CEX son fuentes de bienestar para los usuarios que padecen alguna patología y para su familia, por lo que, contando con dicho enfoque, se tiene una herramienta metodológica que permite un proceso de toma de decisiones conjunto, respaldado científicamente y más apropiado para su tratamiento. Los CEX son formas optimizadas de atención médica, que mejoran la calidad de vida de los pacientes, por lo tanto, se convierten en la justificación de por qué debe implementarse una propuesta conceptual de gestión de calidad bajo los parámetros de los CEX; desde luego, empleando los criterios que permiten su acreditación (Joint Comission International) una fase crítica en el sector salud. Esta necesidad es de especial importancia para el departamento de Cundinamarca que adolece en la actualidad de dichas iniciativas, y que se pretende corregir al desarrollar el presente ejercicio, funcionando como punto de partida y referencia para posteriores iniciativas en otras unidades de la red hospitalaria departamental.

3.2 Delimitación del estudio.

Este estudio es un proyecto aplicado en la modalidad de profundización relacionado con la gestión de calidad en un centro de excelencia para un hospital universitario. Esto quiere decir que el enfoque es específico abordando actividades, servicios, responsabilidades, jerarquías y relaciones en todos los procesos, procedimientos, registros, seguimiento y medición y los programas de auditorías relacionados con la metodología de atención de los CEX. Organizacionalmente como el CEX es una unidad organizacional propia, para facilitar la gestión y dada su relevancia, debe tener asignados unos recursos humanos, físicos, técnicos, tecnológicos y financieros que permitan su funcionamiento y por eso también hacen parte del alcance del ejercicio.

CAPÍTULO 4
MARCO CONCEPTUAL

Esta sección es una aproximación teórica de los diferentes conceptos que se utilizan en el desarrollo de este trabajo de investigación. Para esto, se trae a colación la teoría desarrollada alrededor de los Centros de Excelencia (CEX) y los principales conceptos de gerencia estratégica en salud. También se rescatará la concepción de qué son los hospitales universitarios. Por otro lado, se abordará la evolución del concepto de modelos de gestión de calidad, se describirá el sistema de gestión de calidad del HUS, se expondrán los principales postulados de la propuesta conceptual de gestión de calidad teniendo en cuenta la referencia de los estándares europeos (EFQM) y la ISO 9001 y, por último, cuáles son los principales postulados de la Joint Commission International.

4.1 Teoría alrededor de los Centros de Excelencia (CEX).

El primer acercamiento sobre los CEX se remonta a los años 80 en Estados Unidos. Para 1980 el cuidado de la mujer se encontraba fragmentado, lo que llevó a la creación de los centros de salud para la mujer. Algo similar ocurría con la medicina y psiquiatría geriátrica, creados en respuesta al gran número de personas mayores y a la escasez de enseñanza a médicos en dichos temas. Para el 2002 se crea el ‘’*Center of Excellence on Health Disparities’’*, como centro que se enfocaba en la disminución de disparidades de salud. Es a partir de estos momentos, que la especialización de los centros de excelencia comienza a obtener un mayor auge (Garzón-Orjuela, y otros, 2017).

Para comenzar, Porter y Tiesberg, (2006) introducen el termino de ‘*’resultados en salud’’* refiriéndose al valor en los servicios de salud, es decir, lo que los pacientes valoran o aprecian del servicio y lo que pagan por él, determinando que en un futuro quieran utilizar de nuevo dichos servicios (Porter & Teisberg, 2006). Estos autores, crean el concepto de *‘’Competencias basadas en valor’’* en donde se deben organizar los servicios de salud en función de una patología específica. A partir de allí, nace el concepto de los centros de excelencia (CEX) (Porter y Tiesberg, 2006).

Existen diferentes conceptos de CEX, en los cuales la conclusión es la misma: el beneficio del paciente. A continuación, se presentan diversas definiciones planteadas por varios autores. La OES (Organización para la Excelencia en Salud) define los CEX como “aquellos programas de salud cuya oferta de valor se sustenta en resultados clínicos y niveles de seguridad del paciente comparables con los mejores referentes, costos altamente competitivos en el mercado y volúmenes y frecuencias de atención mínimos predeterminados, de una enfermedad o condición de salud específica (El

Tiempo, 2009). El programa utiliza la mejor evidencia científica disponible y es como mínimo referente en el servicio que ofrece'' (OES, 2018).

Por otro lado, según Ramón Castaño (2006) el CEX es un modelo alineado con deseos y participación del paciente para la integración completa de la cadena productiva en la prestación de servicios de salud de óptima calidad, empleando tecnología de punta, eficientemente y costo-efectiva. Los CEX son la herramienta y el elemento de atención en salud que más aporta a los resultados de atención de la más alta calidad con eficiencia y eficacia (Londoño, 2014).

Ramón Abel Castaño (2010) define los CEX como una estrategia competitiva puesto que desarrolla las mejores prácticas clínicas, mediante una dotación adecuada de recursos, conocimiento (evidencia científica) y tecnología. Además, incluye un enfoque participativo y proactivo, puesto que toma en cuenta el valor que le da el paciente al servicio de salud (Castillo, 2011) (MINTIC, 2018). Este autor muestra por qué la ejecución de grandes volúmenes de procedimientos, permite avanzar en la curva de aprendizaje, y por tanto generar mayor calidad y eficiencia. En consecuencia, esto ocasiona que haya niveles óptimos en la prestación del servicio, es decir, deriva en resultados de suma positiva. Este autor ayuda a seguir la línea argumentativa planteada por Porter sobre la estrategia y la calidad (Castaño, 2006).

Una aproximación diferente realizada por el Instituto Roosevelt (2011), hace referencia a la definición más aceptada e integral sobre los CEX como " un programa y equipo donde intervienen variedad de especialistas, con el que se busca caracterizar exhaustivamente una condición médica y estandarizar la respuesta a sus síntomas, a fin de garantizar los mejores resultados clínicos a los usuarios que padecen la patología" (Instituto Roosevelt;, 2011a).

En este sentido, en términos resumidos los CEX son unos programas de atención en salud, en donde las características principales son: altos volúmenes, bajos costos y alta calidad. Esto a su vez se lleva a cabo por medio de una especialización en una patología específica, utilizando la tecnología más sofisticada para alcanzar niveles notables de eficiencia y eficacia en salud, tal y como lo recalca el autor Juan Londoño (2014), generando resultados clínicos favorables y la satisfacción del paciente en el uso de los servicios. Además, es importante puntualizar que los CEX tienen diversos beneficios, además de la mejora en la calidad, entre los que destaca, la alineación de todos los actores involucrados en los procesos, estados financieros positivos; mayor eficiencia y competitividad (Castaño, 2006).

Los CEX poseen un enfoque sistémico centrado en las personas que se apoyan en modelos de gestión orientados a la calidad, seguridad, transparencia y coordinación, para dar valor a la sociedad (Grueso, 2016). Es decir, tienen un enfoque integral, pues por medio de una atención médica integral, se busca mejorar la experiencia del paciente y a su vez, que exista un mayor beneficio social.

4.1.1 Características de los CEX.

Dentro de las principales características de los CEX se encuentra que, al ser modelos especializados en salud, deben componerse de especialistas que varían dependiendo de las enfermedades abordadas, y a su vez, deben estar acompañados de un equipo multidisciplinar que sea capaz de atender a los pacientes de manera integral (El Colombiano, 2014) (Elrod & Fortenberry, 2017). En este sentido el CEX es la implementación de un equipo integral para la atención del paciente que debe estar integrado organizacionalmente para brindar atención permanente al paciente y en diferentes entornos.

Un artículo de investigación publicado en la *Revista Americana de Obstetricia y Ginecología* resalta que las entregas de emergencia alcanzan resultados aceptables si se realizan mediante el programa CEX con un equipo multidisciplinar. En consecuencia, de acuerdo con el CEX al que se esté refiriendo se debe contar con profesionales con conocimientos integrales sobre el padecimiento específico de los pacientes a tratar (Centro de Gestión Hospitalaria, 2006) (Centro de Gestión Hospitalaria, 2009).

Como se había mencionado anteriormente, cuando se alcanza la estandarización de los procesos clínicos se espera que el beneficio lo reciba directamente el paciente, debido a la alta calidad en la atención, lo que a su vez deriva en un posicionamiento de la institución que presta dichos servicios (Centros de Excelencia, 2016) (Castaño R. A., 2010). Así pues, el hospital se convierte en un centro de referencia tanto a nivel nacional como internacional. Además de mejorar la cultura organizacional, reducir los esfuerzos administrativos, generar un valor social a partir de los avances en cuando a una patología particular, el tratamiento y hábitos saludables (Instituto Roosevelt;, 2011a).

Por otro lado, la gestión de los CEX se concentra en las fases de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, las cuales dependen del manejo adecuado, coordinación, proactividad, experiencia, cualidades de los profesionales y el conocimiento de quienes integran los CEX. Esto se debe a que se involucran variables asociadas a tecnología, y en ocasiones los tratamientos pueden ser inciertos por los altos costos del tratamiento de determinadas patologías (Centro de Gestión

Hospitalaria, 2006). Las anteriores fases corresponden al proceso de manejo de condiciones médicas de los pacientes, partiendo de evitar un daño, hasta la restauración de las condiciones de salud del usuario.

Es importante tener en cuenta que los aprendizajes científicos en los CEX son una característica fundamental. Por eso se dice que, el volumen de atención de los pacientes es directamente proporcional con el aprendizaje. El artículo titulado: "*The European Prostate Cancer Centers of Excellence: a novel proposal from the European Association of Urology"* propone como paso fundamental para la certificación de un centro de excelencia de cáncer de próstata, el de la investigación donde los criterios establecidos son: Monitoreo constante de los resultados del CEX, una base de datos interna, una actividad científica en donde se realicen ensayos científicos y, que existan investigaciones con publicaciones (al menos 3 al año) (Wirth, y otros, 2019).

Por último, las principales atribuciones de los CEX desde la gestión y administración son las siguientes, en correspondencia con sus métodos de operación (Centro de Gestión Hospitalaria, 2006):

- Mejor calidad; Con la aplicación de las mejores prácticas y la mejor evidencia científica disponible, se optimiza el tratamiento para el paciente.
- Mayor eficiencia: Se logra un nivel más elevado de restauración de las condiciones de salud del paciente y su familia, mejorando tiempos de respuesta, por lo cual se pueden atender más procedimientos.
- Sostenibilidad: Contar con el equipo humano adecuado y motivado permite desplegar acciones permanentes en la especialidad del CEX, aparte que se vuelve una condición difícil de alcanzar por los competidores.

4.1.2. Casos de CEX: éxitos y fracasos

Dentro de la conceptualización de los centros de excelencia se destacan diferentes casos en donde no solo se muestran las ventajas y los diferentes escenarios en donde se han puesto en práctica los CEX, sino que, además, se exponen algunos casos que muestran los retos o dificultades de dichas prácticas médicas. A continuación, se describen dos casos, en donde primero, se evidencia la aplicación de los CEX por parte de una gran compañía, y por otro, se muestran las dificultades y retos, a partir de una investigación según lo planteado por Li, Burson, Clapp, Fleisher (2019), y se menciona un caso de fracaso de los CEX debido a la falta de resultados luego de la certificación como centro de excelencia.

El primer caso, se trata de los programas de centro de excelencia que desarrollo la cadena Walmart en Estados Unidos, en donde esta empresa busca ofrecer a sus empleados una atención en la salud de alta calidad y precios accesibles, mediante la asociación con diferentes institutos de salud. La iniciativa se originó en 2012, Walmart ofrecía una cobertura total en servicios que requerían tratamientos para el corazón, la columna y cirugías de trasplantes (Larry Leisure, 2019). A partir de ahí la empresa consiguió preservar costos muy bajos, por consiguiente, logra que el "Walmart's Centers of Excellence Program" creciera, hasta conseguir hoy en día 15 asociaciones con instituciones de salud (Larry Leisure, 2019).

Esta empresa ofrece dos maneras de integrar a sus empleados a los CEX: Primero, les ofrece acceso a centros de salud especializados como un servicio adicional a su red proveedora de servicios de salud. En este sentido, aquellos con alguna condición específica pueden hacer uso de estos servicios y obtener una mejor calidad para el tratamiento de su patología (Larry Leisure, 2019). Segundo, la integración se basa en políticas fijas para impulsar los afiliados hacia CEX más baratos. En este caso, el empleado puede designar un CEX como su único proveedor de un servicio en especial, y no está permitido cobrar por algún otro servicio adicional en cualquier otro hospital. Walmart paga, además, todos los servicios adicionales que adquiere el paciente, tal como el costo del viaje hasta la institución de salud (Larry Leisure, 2019).

Así pues, el caso de Walmart nos muestra una mirada de los CEX como un modelo aplicable no solo a las instituciones de salud, desde su experiencia y servicio, sino como puede ser replicado desde una compañía que ofrece a sus empleados una atención en salud de calidad y de bajos costos. Mediante la asociación con diferentes instituciones que han desarrollado centros de excelencia en patologías particulares, se desarrolla un enfoque estratégico para la aplicabilidad y uso de los CEX desde la mirada de una gran compañía. Por tal motivo, los "Walmart's Center of Excellence" son un caso de éxito de aplicabilidad de los CEX (Joan Li, 2019).

Por otro lado, el texto ''Center of excellence: ¿are these standards?'' (2019), nos ayuda a visualizar algunos de los retos que surgen de una investigación realizada por los autores (Li, Burson, Clapp, & Fleisher, 2019), en donde por medio de entrevistas semiestructuradas, realizadas en el 2016 y 2017, a ejecutivos de 10 organizaciones de la salud que tuvieran un rol determinante en la toma decisiones, se determina la variabilidad del proceso de definir a los CEX. La conclusión de dicho estudio establece que hace falta una estandarización para la designación de los centros de excelencia, lo que impide que se logren completamente los efectos de la señalización de quiénes son hospitales

"excelentes". Además, también causa confusión para los pacientes, empleadores, organizaciones de salud etc, lo que diluye el significado de los Centros de Excelencia (Joan Li, 2019).

Lo que recalcan los autores Li y Burson (2019), es que "La excepción de algunas especialidades, no existe una supervisión regulatoria general de lo que se califica como un CEX'' (Joan Li, 2019). Diferentes entidades tienen sus propios métodos o criterios de designación de un Centro de Excelencia. Dentro de estas entidades se encuentran: Aseguradoras privadas de salud, sociedades médicas de profesionales especializados, organizaciones gubernamentales, asociaciones de empleados profesionales, empleados individuales, y hospitales.

Así mismo, en el estudio empírico que compara los resultados de las instituciones con CEX y las instituciones que no tenían dichos centros. En el 2006, ''The centers for Medicare and Medicaid (CMS), promulgó la inversión a los servicios de la cirugía bariátrica para convertirlos en un centro acreditado por la American Collegue of Surgeon (ACS) y la Sociedad Americana del Metabolismo y la Cirugía Bariátrica (ASMBS, siglas en inglés) (Joan Li, 2019). Unos años después de la acreditación, varios datos muestran que había menos muertes, complicaciones y readmisiones antes de la acreditación, y para el año 2013 el CMS terminó sus procedimientos de la cirugia bariátrica como un Centro de Excelencia (Joan Li, 2019). Además, una revisión de 13 estudios que cubrió más de 1.5 millones de pacientes, mostró que hay una reducción en la mortalidad y en la morbilidad en los procedimientos realizados en un CEX, comparado con los que no tenían designados dichos servicios. No obstante, otros estudios encontraron que no había diferencias significantes en los resultados o costos de los hospitales con CEX, y los que no cuentan con estos (Joan Li, 2019).

En conclusión, estos autores nos están planteando el panorama de los CEX en los últimos años. Plantean, en términos resumidos, que no se ha logrado encontrar una conceptualización o definición precisa de los Centros de Excelencia, lo que dificulta tener unos criterios consolidados y específicos para definir a un hospital o a un servicio de salud, como excelente. Por otro lado, nos muestran como los resultados en las diferentes instituciones con CEX, no son precisamente como lo muestra la teoría, más bien, se evidencia la falta de relación directa de los CEX y un servicio de salud de alta calidad y bajos costos. Por esto, este artículo nos muestra las dificultades o retos a los que se enfrentan los Centros de Excelencia hoy en día, evidenciando el fracaso de los ''centers for Medicare and Medicaid (CMS)'' como un CEX.

Basados en estos dos artículos, se evidencia la importancia de la evaluación de los CEX una vez se han puesto en práctica en las instituciones de salud. Es necesaria la revisión exhaustiva de los diferentes procesos que llevan consigo la creación de dichos modelos de salud, para establecer realmente su utilidad en el momento de prestar los servicios. Se realiza dicho acercamiento a casos actuales de los CEX, debido al alcance que se espera tener con dicha investigación, pues la creación de la propuesta conceptual de gestión de calidad pretende dar luces a estos procesos para el éxito de los CEX en determinadas patologías.

4.2 Conceptos de gerencia estratégica en salud.

Es importante abordar los conceptos de gerencia estratégica en salud, ya que, para diseñar una propuesta de gestión de calidad para un CEX en el HUS, se necesita realizar grandes esfuerzos administrativos y gerenciales en salud, para lo cual se deben tener claros los conceptos básicos de dicho tema (Rogelio, 2008). En consecuencia, en primer lugar, se expondrán unos conceptos básicos sobre qué es la gestión estratégica por varios autores, entre ellos los conceptos dados por el teórico Michael Porter. Esto para darnos una visión de la conceptualización sobre qué es la gerencia estratégica en salud. Por último, se analizará la teoría alrededor de la gestión estratégica en los hospitales universitarios.

El autor Betancourt, (2006) define la gestión estratégica como: "El arte y/o ciencia de anticipar y gerenciar participativamente el cambio, con el propósito de crear permanentemente estrategias que permitan garantizar el futuro del negocio". En este sentido, hay que aclarar que las organizaciones basan su supervivencia en su capacidad para adaptarse a su entorno y a las modificaciones que en éste se producen, empleando las capacidades de la organización (Betancourt, 2006). Para Fred David (2008, p. 3), la gestión estratégica es:

> "El Arte y ciencia de formular, implantar y evaluar las decisiones a través de las funciones que permitan a una organización lograr sus objetivos. Se centra en la integración de las actividades de la gerencia, y sus áreas funcionales de recursos humanos, finanzas, contabilidad, operaciones, investigación y desarrollo y sistemas de información ".

Prieto (2011), define la gestión estratégica organizacional, como la herramienta esencial para el análisis y valoración de la situación actual de la empresa, debido a que facilita desarrollar actividades de caracterización, formulación y evaluación de alternativas estratégicas satisfactorias a la alta gerencia, en el contexto de la compañía, generando como resultado la optimización de los recursos disponibles en producción de bienes o servicios (En este caso servicios) (Prieto, 2011). En

resumen, la gerencia estratégica es la formulación y liderazgo de acciones y estrategias que se adaptan a los cambios del entorno para que la organización subsista y genere resultados eficaces para la organización, así como la evaluación misma del estado actual de los procesos que se llevan a cabo, para posibles mejoras en el futuro.

Con el desarrollo de la teorización sobre este concepto, se han podido identificar factores que interactúan en el desarrollo de las funciones de una organización y determinan su nivel de éxito en el entorno competitivo. Así, una vez se han alcanzado los objetivos, la función de la gestión estratégica es mantener el nivel de éxito logrado. Esto se desarrolla acorde a un criterio temporal dividido de la siguiente manera, donde se manejan unas variables que constituyen los insumos para la toma de decisiones, el cambio y el aprendizaje organizacional (Betancourt, 2006):

Tabla 1 Requerimientos de gestión estratégica.

Escenario temporal	Requerimientos
Pasado	➢ Reacción ➢ Retroinformación
Presente	➢ Acción (Decisión) ➢ Información
Futuro	➢ Anticipación ➢ Pronóstico ➢ Pre- Información

Fuente: Elaboración propia con base en Betancourt (2006).

Igualmente, es menester recalcar la teoría alrededor de la gestión estratégica en salud desde la teoría del autor Michael Porter, debido a la importancia que tiene dicho teórico como precursor de los conceptos que aportaron para la fundamentación de los centros de excelencia. Porter empieza por hacer una revisión teórica sobre qué es la estrategia en términos gerenciales. Aquí plantea el término "eficacia operacional", que significa hacer las mismas actividades que los rivales, pero de manera que estas actividades generen menor costo y mayor calidad (Porter, 1996). Así, establece que debe haber una estrategia competitiva, que consiste en ser diferente. En términos de Porter ''significa la selección deliberada de un conjunto de actividades distintas para entregar una mezcla única de valor'' (Porter, 1996, p. 5). Para entender estas estrategias este autor establece tres fuentes de origen: 1) posicionamiento basado en la variedad, 2) el posicionamiento basado en las necesidades, y 3) posicionamiento basado en el acceso.

La gestión estratégica requiere un proceso donde se realiza un análisis de las condiciones internas y externas de la organización, y un empleo de las herramientas de la ciencia de la administración. Para esto, Porter también muestra unos elementos para gestionar estratégicamente el sector de la salud. En su texto *''Las cinco fuerzas competitivas que le dan forma a la estrategia''*, el

autor plantea que las fuerzas competitivas más fuertes determinan la rentabilidad de un sector y se transforman en los elementos más importantes de la elaboración de la estrategia, son (Porter M. E., 2008):

- Entrada de nuevos competidores.
- Rivalidad en la industria.
- Amenaza de sustitutos.
- Poder de negociación de clientes.
- Poder de negociación de proveedores.

En resumen, el autor argumenta que es necesario tener en cuenta dichas fuerzas del mercado externo para poder elaborar planes estratégicos que van a determinar la sostenibilidad y rentabilidad del sector en el que se evalúen. "comprender las fuerzas que dan forma a la competencia del sector es el punto de inicio para desarrollar una estrategia. Toda empresa debería saber cuál es la rentabilidad promedio de sector y cómo ésta ha ido cambiando en el tiempo. Las cinco fuerzas competitivas exponen el porqué de la rentabilidad del sector es como es. Sólo entonces puede una empresa incorporar las condiciones del sector en su estrategia'' (Porter, 2008). Así, estas fuerzas orientan a las empresas para dar una referencia base de las fortalezas y debilidades de estas, frente a su competencia.

No obstante, uno de los textos de Porter que más aportan a este tema de investigación es el que realiza con la autora Elizabeth Olmsted Teisberg, se titula *''Redefiniendo el cuidado en la Salud: crear competencia basada en el valor de los resultados''* (2006). Aquí los autores determinan que en principio la competencia en los cuidados de la salud, no están funcionando, y se han enfrascado en una ''suma cero''. Esto se debe a varios aspectos como: los altos costos y su incisivo crecimiento; servicios de salud restringidos, teniendo en cuenta que en algunos de estos hay un sobreuso de los cuidados; los diagnósticos en la salud son comunes, la calidad es alta pero los costos difieren tanto en los proveedores como en las áreas geográficas, entre otros (Porter & Teisberg, 2006).

En este sentido, proponen redefinir el cuidado de la salud a una competencia basada en el valor. Plantean que (Porter & Teisberg, 2006).:

- ✓ El valor en el servicio de la salud debe ir dirigido a los pacientes y no solo en los costos.
- ✓ Debe haber una competición sin restricciones basada en resultados, y estos a su vez, se reflejen en todo el ciclo del cuidado.
- ✓ El valor es dado por la experiencia de los proveedores, la escala y el aprendizaje.

- ✓ La competencia debe ser regional y nacional, no solo en un nivel local.
- ✓ La información de los resultados y precios necesitados para la competencia basada en valor, deben estar disponibles.
- ✓ Las innovaciones que generen valor deben ser ampliamente recompensadas.

En otras palabras, la ventaja competitiva que adquiere una institución, no se basa en la concepción tradicional de manejar dichos servicios, sino que incluyen una variedad de actores y elementos que interfieren en la realización de los cuidados de salud en donde sus resultados sean bajos costos, alta calidad y una gran satisfacción del cliente o del usuario. Así como un involucramiento de diversos factores adicionales como la transferencia de la información, la experiencia, la extensión de la atención a nivel geográfico, y la importancia de los resultados en salud.

Por otro lado, la gestión estratégica, no solo se trata de un accionar ejecutado por los altos mandos, sino que también involucran a otros actores del sector salud que se ven involucrados en los procesos de atención. "En las instituciones de salud la planeación estratégica para los servicios de atención médica, en muchos de los casos ha sido vista como una herramienta administrativa exclusiva para los altos mandos de las instituciones, dejando de lado el involucramiento de mandos medios en el desarrollo de los planes estratégicos mismos que posteriormente serán implementados en unidades de las propias instituciones'' (Pantoja, 2015, p. 235).

4.2.1 Gerencia estratégica en Hospitales Universitarios.

Del mismo modo, los hospitales universitarios al ser un tipo particular de organización por su triple misión de prestación de servicios de salud, docencia e investigación requieren de la aplicación de un enfoque estratégico para su gestión (Martha Riaño Casallas, 2016). Según Casallas y García (2016) citados en De Gregorio (2003) en su artículo titulado *Gestión estratégica para hospitales universitarios*, plantean un perfil estratégico para los hospitales universitarios basados en dos dimensiones: los objetivos estratégicos y las estrategias funcionales (De Gregorio, 2003). En cuanto a los objetivos estratégicos se identifican seis: sostenibilidad financiera, calidad, investigación e innovación clínica, desarrollo tecnológico, satisfacción de los usuarios y competencia, y bienestar del talento humano. Y por el lado de las estrategias funcionales, se orientan a las cinco funciones clásicas de una organización: financiera, operación, investigación y desarrollo, mercadeo y talento humano (Riaño, 2016) (Didziulis, 2016).

En consecuencia, la visión de la gestión estratégica en los hospitales universitarios tiene una visión más amplia en donde, se debe identificar el factor del aprendizaje, la investigación y la educación como parte fundamental de su quehacer (Durán, 2012). A pesar de que se ve inmerso en los procesos tradicionales de gestionar administrativamente un hospital, la ventaja de estos hospitales se ve reflejada en las innovaciones a nivel de la atención y desarrollo en salud. Para un mayor entendimiento, se abordará con detenimiento la concepción de los hospitales universitarios.

4.3 Hospitales Universitarios.

Se ha determinado que la función básica de los hospitales universitarios es la prestación de servicios de salud de alta complejidad, con el apoyo de la tecnología, puesto que se trata de un hospital que no sólo se dedica a dicha prestación, sino que desempeña acciones de gestión, formación e investigación, además de la extensión (Ministerio de Salud, 2002) (Fernández N. , 2006). Es decir que se encuentra estrechamente relacionado con las dimensiones de la responsabilidad social universitaria en su modelo de gestión, administración y gerencia (Agudelo, y otros, 2008). En virtud de lo anterior, mediante las concepciones más tradicionales, se define un hospital universitario (HU) como una institución que se caracteriza por (Medici, 2001):

- Ser una prolongación de un establecimiento de enseñanza en salud (de una facultad de medicina, por ejemplo).
- Proporcionar entrenamiento universitario en el área de salud.
- Ser reconocido oficialmente como hospital de enseñanza, estando sometido a la supervisión de las autoridades competentes.
- Ofrecer atención médica de mayor complejidad (nivel terciario) a la población.

Medici (2001) define a los hospitales universitarios como un centro de atención médica de alta complejidad que tiene un importante papel en la atención médica de nivel terciario, presentando un fuerte compromiso en actividades de enseñanza e investigación relacionadas con el tipo de atención médica que dispensa (Medici, 2001). Además, genera una alta concentración de recursos físicos, humanos, y financieros en salud, lo que conlleva que, por ser de alto costo, juegue un papel muy importante en la comunidad donde opera (Rodríguez, 2016).

La ley 1164 de 2007 define que el hospital universitario es una institución prestadora de servicios de salud que proporciona entrenamiento universitario y es reconocido por ser hospital de enseñanza y práctica supervisada por autoridades académicas competentes, el cual ofrece formación y atención médica en cada uno de los niveles de complejidad (Congreso de la República, 2007). El hospital debe estar comprometido con las funciones esenciales de la universidad, que incluyen gestión

formación, investigación y extensión (proyección social); y, asimismo, ser un escenario de práctica con características especiales por lo que debe cumplir con varios requisitos descritos como sigue (Congreso de la República, 2007):

- ✓ Manifestar explícitamente dentro de su misión y objetivos, su vocación docente e investigativa.
- ✓ Estar habilitado y acreditado, de acuerdo con el sistema obligatorio de garantía de calidad (SOGC) y mantener esta condición durante la ejecución de convenios de docencia-servicios.
- ✓ Disponer de una capacidad instalada, recurso humano especializado y una tecnología acorde con el desarrollo de las ciencias de la salud y los requerimientos de formación.
- ✓ Tener convenios o contratos de prácticas formativas con instituciones de educación superior legalmente reconocidas que cuenten con programas en salud acreditados.
- ✓ Garantizar la acción conjunta del personal y la utilización de su tecnología hospitalaria y educativa, para que desarrollen el componente de prácticas formativas de los programas de pre y posgrado de las diferentes disciplinas del área de la salud.
- ✓ Contar con servicios que permitan desarrollar los programas docentes de pregrado y postgrado, mínimo con las especialidades médicas básicas y las que correspondan a las prioridades de salud pública del país.
- ✓ Cumplir con los criterios de evaluación de las prácticas formativas.
- ✓ Actuar como centro de referencia para redes de servicios nacionales, departamentales y distritales.
- ✓ Obtener y mantener reconocimiento permanente nacional y/o internacional de las investigaciones realizadas, como contribución a la resolución de los problemas de salud de la población de acuerdo con la reglamentación expedida por Colciencias.
- ✓ Incluir procesos orientados a la formación investigativa de los estudiantes y contar con publicaciones y otros medios de información propios, que permitan la participación y difusión de aportes de sus grupos de investigación.
- ✓ Establecer requisitos de vinculación de docentes en los programas de especialidades médico-quirúrgicas, que garanticen la idoneidad y calidad científica, académica e investigativa.
- ✓ Disponer de espacios para la docencia y la enseñanza adecuadamente equipados, que correspondan a sus objetivos de formación y al número de estudiantes.
- ✓ El hospital dispondrá de instalaciones para el bienestar de docentes y estudiantes, áreas adecuadas para el estudio, descanso y bienestar, en la institución como en escenarios de práctica.

En este sentido, el HUS cuenta con dichos requisitos y características al ser un hospital tipo universitario, además de ser un centro de atención en salud definido como una Empresa Social del Estado (E.S.E), con autonomía administrativa, financiera y presupuestal. También como se dijo antes, es una institución referente principal de la red hospitalaria departamental de Cundinamarca.

4.4 Modelo de gestión de calidad.

Teniendo en cuenta el objetivo general de este trabajo de investigación, es necesario aclarar qué es un modelo de gestión de calidad, y así mismo, cuáles son los principales conceptos que se relacionan con este. Para esto, en primer lugar, se definirá qué es un modelo, y un modelo de gestión de calidad, seguido de qué es la calidad, para enfocarse en la calidad en la atención y, por último, las principales herramientas de seguimiento.

4.4.1 Conceptos del modelo de gestión de calidad.

De acuerdo con la Real Academia Española (RAE) un modelo se define como ‘’un arquetipo o punto de referencia para imitarlo o reproducirlo’’ (Real Academia Española, 2020). También lo define como ‘’un esquema teórico, generalmente de forma matemática, de un sistema o de una realidad compleja, como la evolución económica de un país, que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento’’ (Real Academia Española, 2020).

Así pues, Chacón y Rugel (2018) definen un modelo de gestión de calidad como ‘’referencias que las organizaciones utilizan para mejorar su gestión. A diferencia de las normas, no contienen requisitos sino directrices para la mejora’’. Por otro lado, la fundación Vasca para la excelencia (2011) propone que con el desarrollo de los conceptos de “calidad total” o “excelencia”, se han desarrollado a nivel internacional *modelos de excelencia en la gestión,* los cuales son útiles pues ‘’identifican los principios de la excelencia mediante un marco-modelo de gestión, formado por listados de buenas prácticas aplicables a la mayoría de las organizaciones’’ (Euskalit, 2020), y además, son instrumentos de autoevaluación para el personal interno de las organizaciones. ‘’Por otro lado, los organismos que gestionan dichos modelos, los difunden a través de la entrega anual de premios como resultados de las evaluaciones externas llevabas a cabo por personal ajeno a la organización’’ (Euskalit, 2020).

Los modelos de gestión de calidad se deben a los crecientes procesos de la globalización, pues hace que aumenten las exigencias de los clientes y se genere una presión en los mercados y, por tanto, que la competitividad aumente. Por esta razón, estos modelos son gestionados a nivel internacional por organizaciones que se han encargado de formular las recomendaciones en calidad,

haciendo referencias de las mejores prácticas dentro de una organización para alcanzar una gestión de calidad, tales como la orientación de los resultados, orientación al cliente, liderazgo y coherencia en los objetivos, gestión de los procesos y hechos, desarrollo e implicación de las personas, entre otros (Euskalit, 2020).

4.4.2 ¿Qué es la calidad?

Para entender a profundidad la terminología anterior, se esclarecerá el concepto de la calidad. El especialista Avedis Donabedian define la calidad como "una adecuación precisa de la atención a las necesidades particulares de cada caso" (Donabedian, 2001). La calidad es lo que entiende y espera un usuario de la organización y esto, debe ser lo mismo a lo que se ofrece (Donabedian, 2001). A su vez, se deben superar las expectativas del cliente que son los mismos objetivos de gestionar la calidad (Organización para la Excelencia de la Salud;, 2018).

Centrarse en el cliente, en este caso, quiere decir desarrollar mecanismos para identificar, satisfacer y exceder las necesidades y expectativas de los usuarios, sus familiares, los trabajadores, los directivos y la comunidad en general (Rodríguez, s.f.). En este sentido, la calidad es imperativa en cualquier organización para generar una ventaja competitiva, y esta se orienta a la solución de problemas, mejoramiento de los procesos y establecimiento de los controles a las operaciones de procesos (Ikeda, Pailamilla, Allende, & Sepúlveda, s.f.). Otra definición dada por la ISO (International Standarization Organization) (2005) es la calidad como: “El grado en el que un conjunto de características (rasgo diferenciador) cumple con los requisitos (necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria)” (Watkins, 2016).

Por su parte J.M. Juran (1993) señala que la calidad es: “La idoneidad o aptitud para el uso”, es decir, qué es lo que percibe el cliente, bueno o malo sobre el producto o servicio. Asimismo, Philip B. Crosby citado en Gil (2013) define calidad como: “El cumplimiento de unas especificaciones o la conformidad de unos requisitos”. Finalmente, el autor Deming (1989) define que es: “El grado predecible de uniformidad y fiabilidad a bajo costo y adecuado a las necesidades del mercado” (se consigue si hay baja variabilidad de las características del producto).En consecuencia, se entiende que la calidad es entregar el producto adecuado a las necesidades de un usuario de la manera más ajustada posible con las expectativas de ese usuario, orientado siempre a la completa satisfacción.

4.4.3 Herramientas de seguimiento de la calidad.

Las herramientas de calidad son instrumentos utilizados por las organizaciones para determinar patrones, agrupamientos, jerarquías, necesidades, variables, actores, factores, riesgos, oportunidades, debilidades, variabilidad, necesidades, errores y amenazas entre otros, con la finalidad de conocer lo mejor posible un entorno, las variables y las fuerzas que operan sobre él dirigido al proceso de toma de decisiones, para realizar una elección lo más informada posible y con la mayor certeza que se pueda obtener (ISOTools, 2015).

Con estas herramientas se puede gestionar mejor la producción o suministro de servicios de manera que se reduzca sustancialmente la entropía por la cantidad de información disponible sobre un proceso, unidad organizacional, producto o servicio (Barbero, 2009). Las herramientas utilizadas son de dos tipos, de acuerdo con la finalidad que persiguen (ISOTools, 2015a):

Tabla 2 Herramientas utilizadas en la gestión de la calidad.

Herramientas cualitativas	Herramientas cuantitativas
➢ Diagrama de Ishikawa (Causa y efecto) ➢ Diagrama de flujo ➢ Análisis modal de fallas y sus efectos ➢ Lluvia de ideas ➢ Diagrama en árbol ➢ Diagrama de decisiones de acción ➢ Análisis FODA ➢ BSC ➢ Perfil PESTEL ➢ Cinco fuerzas de Porter ➢ Entrevistas ➢ Encuestas ➢ Técnica Delphi ➢ Carta Gantt	➢ Hojas de registro ➢ Gráfico de control ➢ Histograma ➢ Diagramas de Pareto ➢ Diagramas de dispersión ➢ Análisis de ratios ➢ Análisis costo/beneficio ➢ Análisis costo/efectividad ➢ Benchmarking ➢ Análisis de campo de fuerzas ➢ PERT (Program Evaluation and Review Technique) ➢ Critical Path Method

Fuente: Elaboración propia con base en Barbero (2009); Instituto Uruguayo de Normas Técnicas (2009) y Ministerio Secretaría General de la Presidencia (2015).

4.4.4 La gestión de la calidad total.

A medida que ha avanzado el conocimiento en administración, gerencia y gestión se han ido desarrollando diferentes herramientas dirigidas a reducir las debilidades, errores, inconsistencias o cualquier situación no deseada para el funcionamiento de una empresa. Con el tiempo, estos modelos que incluyen diversos tipos de herramientas han culminado en el planteamiento de un *modelo de calidad total*, orientado a procesos que satisfagan las necesidades del cliente interno y externo

(Barbero, 2009). Las herramientas de administración son muy importantes para implementar el cambio y el aprendizaje organizacional.

Los autores Nigel Slack y Michael Lewis en su libro '' Strategic Operation'' (2011) establecen que la gestión total de la calidad o TQM (Total Quality Management), por sus siglas en inglés, es uno de los nuevos enfoques que ha tomado las operaciones estratégicas. Lo definen como "un enfoque en cómo las operaciones y los procesos deben ser gestionados y mejorados, en general" (Nigel Slack, 2011). Estos autores citan a A.V. Feigenbaum, quién introdujo por primera vez el concepto como: ''Un sistema efectivo para integrar el desarrollo de calidad, mantenimiento de calidad y esfuerzos de mejora de la calidad de los diversos grupos en una organización para permitir la producción y servicio en los niveles más económicos que permiten la plena satisfacción del cliente " (Nigel Slack, 2011).

Por tanto, el TQM de acuerdo con Slack y Lewis, es una filosofía en donde el enfoque de calidad está en el centro de todo tipo de operaciones. En este sentido, la Gestión Total de la Calidad pone un interés en los siguientes elementos (Slack & Lewis, 2011):

- ✓ Conocer las necesidades y las expectativas de los clientes: Conocer las expectativas de los clientes significa más que conocer sus requerimientos. Involucra toda la organización en el conocimiento del cliente para su éxito y su supervivencia. En este sentido, los clientes son parte fundamental de la organización y no una parte externa.
- ✓ Cubrir todas las partes de la organización: Hacen parte fundamental de la organización los clientes y los proveedores internos.
- ✓ Incluir cada persona en la organización: Cada persona de la organización tiene un impacto en la calidad, así pues, cada uno debe traer algo positivo que mejore las condiciones en las que realiza su trabajo.
- ✓ Examinar todos los costos con los que está relacionada la calidad, en especial los costos de fracaso: la calidad total se enfrasca en que los costos de prevención pueden traer muchas más reducciones de costos que cualquier otra categoría.
- ✓ Hacer las cosas bien desde la primera vez (diseñar la calidad en vez de inspeccionarla): prestar atención en ser proactivo, pasando a un enfoque de diseñar, en vez de inspeccionar.
- ✓ Desarrollar los sistemas y procedimientos que apoyan el mejoramiento: algo típico de esto, son las series de ISO 9000, son diferentes pero asociadas con la gestión total de la calidad. Esto se debe a que la ISO 9000 requiere de una evaluación de terceros sobre los estándares y

procedimientos de una empresa u organización, en donde se realizan auditorias periódicas para asegurarse que los sistemas no se deterioren.

En conclusión, lo que hace la gestión de la calidad total, es establecer unos requerimientos para hacer que las operaciones se mejoren, de una manera prescriptiva. Para esto, el mejor modelo es el del EFQM (European Foundation For Quality Management) que es galardonado como el más exitoso modelo que expone la gestión de la calidad total. Esta forma de gestión de calidad se explicará de manera profunda más adelante.

4.4.5 La calidad en la atención.

En este aparte de deben indicar los atributos del fenómeno referido a la calidad en la atención. Los atributos de la calidad en atención son variados, como la cuestión del coste, muy importante para la política social sobre lo cual se reflexiona ampliamente por parte de todos los participantes del sector salud (Bohmer, 2010) (Porter & Teisberg, 2004). Pero hay otros de tipo más operacional, por ejemplo, el tipo de procedimiento o atención que requiere un paciente, la oportunidad en la atención que incluye la idoneidad del entorno, que es el medio donde se van a prestar los servicios que restauren el estado de salud del paciente (Donabedian, 2001) (Frenk, 2001).

Se encuentran también, los criterios y las normas que cualifican cada atributo en una escala que va de una condición ideal a una adversa (Donabedian, 2001). Según la valoración de dichos criterios se ha podido establecer que una evolución definitiva de la calidad de la atención debe basarse en el conocimiento específico de las circunstancias, características y condiciones de cada caso, para que el personal adecuado con habilidad superior, pueda utilizar su criterio como norma de comparación y así, determinar qué es lo más conveniente para el paciente y su familia (Donabedian, 2001) (Rodríguez, 2015).

Ahora bien, dichos criterios según el modelo teórico se dividen en: Categóricos, que son listas de procedimientos convenientes o prohibidos para el bienestar del paciente, y que acontecen de forma diferente en cada caso de acuerdo con su particularidad (Donabedian, 2001) (Sounding Board, 1997). En segundo lugar, están los criterios contingentes que son alternativas de maniobras que podrían o deberían realizarse en algunos casos, aunque no en la totalidad, puesto que la atención depende de la naturaleza y circunstancias presentadas por cada paciente (Donabedian, 2001).2

Por otra parte, para que haya una gestión orientada a la calidad, es necesario implementar las modificaciones y transformaciones necesarias en la organización teniendo en cuenta el diseño e implementación de una estrategia nueva, que genera necesariamente una estructura nueva, la cual lleva conectada una cultura nueva (Londoño, 2014) (Swensen, 2010). La implementación de un modelo de calidad en se debe dar en todas las áreas o dimensiones sobre las que se pretenda actuar, que en este caso se centran en proporcionar la mejor atención al paciente para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, brindándole la mejor experiencia al paciente y su familia (Porter, 2010). La calidad en la atención en salud implica que se deben desarrollar los siguientes atributos en la prestación (Pareja, 2017):

Tabla 3 Atributos de la prestación de servicios de salud.

Atributo	Descripción
Oportuna	Contiene el compromiso de brindar la asistencia en el momento y con las características que requiere el paciente y su familia.
Segura	Ausencia de daño como consecuencia de la atención, libre de riesgos, adversidades y que sea confiable.
Integral	Esté compuesta de elementos biológicos, psicológicos y sociales.
Continua	Sin interrupciones en la prestación de los servicios que necesite.
Competente	Adecuada desde un enfoque científico y técnico, para lo cual se debe estar actualizado en los conocimientos asistenciales más novedosos.
Ética	Buena práctica médica en procura del beneficio del paciente con la finalidad de preservar su vida, su salud y su dignidad.
Amable y respetuosa	Considerar al paciente como un individuo en toda su extensión biológica, personal, familiar.

Fuente: Elaboración propia basada en Pareja (2017).

4.6 Modelos de gestión de calidad: Modelo EFQM, y el ISO 9001.

Como ya se había mencionado anteriormente existen diferentes modelos a nivel internacional que sirven como referencia de evaluación de las diferentes empresas y organizaciones. En general, estos modelos están construidos bajo los criterios de la gestión de la calidad total o el TQM (Fundación Navarra para la Calidad;, 2016). El uso de los modelos de calidad comenzó en Japón en la década de los 50 y a partir de esta época, se han establecido diferentes propuestas como referencia para la autoevaluación, pasando por los principios de los 90, en donde se desarrolló el primer modelo regional el EFQM- European Foundation For Quality Management (Edelman, 2001). Así, durante la última década han aparecido diferentes modelos a nivel internacional. Cada propuesta abarca elementos que cada uno considera importantes para la gestión organizacional. En este caso el enfoque será el modelo EFQM, y la explicación de qué es la norma ISO 9001 .

4.6.1 European Foundation for Quality Management (EFQM).

Este modelo se define así por la fundación que lo creó que lleva el mismo nombre European Foundation for Quality Management. Es una fundación sin ánimo de lucro con sede en Bruselas, y cuenta con más de 500 socios repartidos en más de 55 países (EFQM, 2020). Este es un modelo de calidad y excelencia, como vía para la autoevaluación y determinación de los procesos de mejora continua en entornos empresariales tanto privados como públicos. A través de la autoevaluación el modelo EFQM pretende una gestión más eficaz y eficiente. Además de identificar los puntos fuertes y débiles de la organización para empezar el proceso de mejoramiento continuo (EFQM, 2020). Algunas de las características que conforman el modelo son (EFQM, 2020):

- ✓ Orientación hacia los resultados
- ✓ Orientación al cliente
- ✓ Liderazgo y coherencia
- ✓ Gestión por procesos y hechos
- ✓ Desarrollo e implicación de las personas
- ✓ Proceso continuo de aprendizaje, innovación y mejora
- ✓ Desarrollo de alianzas
- ✓ Responsabilidad social de la organización

Se fundamenta, además, en 3 elementos principales: valores de excelencia, criterios y esquema lógico de RENDER, los cuales interactúan entre sí. ‘’El esquema lógico de RENDER, es una herramienta que permite conducir sistemáticamente las mejoras de un área de una organización’’ (Chacón & Rugel, 2018). La siguiente gráfica muestra los puntos fundamentales de excelencia utilizados por el modelo EFQM:

Figura 1 Modelo EFQM.

Fuente: Tomada de EFQM (2020).

Actualmente está en vigor el modelo EFQM versión 2020 que ha pasado de ser herramienta de evaluación, a una guía con un marco y una metodología suficiente para ayudar con los cambios, la transformación y la innovación adecuada a los competitivos entornos organizacionales de los diferentes sistemas productivos (ISOTools, 2020b). potencia la transformación constante de organizaciones, empresas y entidades, tanto a nivel tecnológico, como cultural y de modelo de negocio para hacer frente a los retos globales que están trayendo la digitalización y las TIC (El Economista, 2020). La propuesta actual desarrolla habilidades comprendidas por (El Economista, 2020):

- ✓ Definir un propósito.
- ✓ Creación de cultura propia innovadora.
- ✓ Otorgar mayores competencias a líderes en todos los niveles.
- ✓ Transformar la organización.
- ✓ Aproximación personalizada a los desafíos.
- ✓ Visualizar el futuro.

4.6.2 ISO 9001.

La ISO 9001 es una norma internacional que establece requisitos a cumplir con el fin de mejorar el desempeño global de la organización basados en la satisfacción de los clientes y en la mejora continua (Hospital Universitario de la Samaritana, 2019). De acuerdo con el texto ‘’ISO9001:2015: A Pocket Guide’’ (2016) es: “el estándar reconocido internacionalmente para la gestión de los sistemas de calidad” (Watkins, 2016) Estos estándares pueden ser aplicados a cualquier organización o industria, pues estos no dictan herramientas específicas, sino más bien describen procesos y funciones que cualquier organización debe seguir para mejorar la disciplina de la gestión (Fernández, Mejía, Llerena, & Albuja, 2017). Un sistema de gestión que está basado en los estándares de la ISO obtiene estos dos beneficios inmediatos: 1) la habilidad de implementar un sistema basado en la aceptación de las buenas prácticas y 2) a través de un esquema de acreditación certificado, reconocer los medios con conformidad a esas buenas prácticas (Watkins, 2016).

La norma ISO 9001 es un estándar internacional de carácter voluntario en su implementación por organizaciones de cualquier sector y de cualquier tamaño, que es certificable. La norma establece la manera de gestionar las organizaciones de manera que se cumplan los requerimientos de productos o servicios, para lo cual define los parámetros para diseñar política de calidad, programas de objetivos de calidad, el proceso operacional de control de productos y servicios y la gestión documental asociada a las actividades de la organización. Para esto se maneja una pirámide en cuya base están

los documentos con las directrices más específicas contenidas en registros, seguidas de instrucciones técnicas, procedimientos, procesos y el manual de gestión de calidad, que ordena todo el sistema (compuesto de política, objetivos de calidad y descripción del sistema) (ISO, 2015). A medida que se asciende por los diferentes niveles de la pirámide que contiene el sistema de gestión de calidad se vuelve más general, pero se incrementa su importancia. Su utilización dependerá de las necesidades puntuales que presente la empresa puesto que el manual no es obligatorio, pero es bastante conveniente en algunos casos.

La norma ISO 9001 se basa en unos principios que definen su esencia y planteamiento, comprendido por el pensamiento basado en riesgos, el enfoque a procesos y el mejoramiento continuo (ISO, 2015). El pensamiento basado en riesgos permite identificar y controlar las causas y efectos positivos y negativos que se presenten en la actividad y que puedan impactar al sistema. Se trata del control de los efectos de la incertidumbre sobre el sistema. El enfoque a procesos significa que todo el modelo debe ser implementado con base en la relación entradas, actividades y salidas o resultados lo que permite obtener productos o servicios conformes de manera sostenida y sistemática. Dentro de este enfoque a procesos los sistemas de gestión de la calidad que permiten ofrecer productos y servicios de acuerdo con requerimientos normativos y las necesidades de los clientes, la esencia del sistema se basa en el ciclo de Deming o PHVA (planificar, hacer, verificar, actuar).

El planificar se refiere a la actividad previa de definición y determinación de todos los aspectos concernientes a la adecuación del sistema a las actividades de la organización. Por su parte, hacer, significa implementar lo planificado acorde a lo definido anteriormente. Verificar se refiere a un proceso de revisión continua del sistema y de los resultados que produce con la finalidad de mantener siempre la conformidad con los requisitos regulatorios y con los parámetros del sistema. El ciclo culmina con la actuación que se realiza para optimizar o corregir posibles no conformidades o desviaciones que se puedan presentar en el funcionamiento del sistema que enmarca y controla el desempeño de las actividades de la organización ya sea mediante correcciones o acciones correctivas.

La norma está concebida como un sistema preventivo en donde se gestionan los procesos estratégicos, misionales y de apoyo de las organizaciones, de manera que se optimicen las actividades y la estructura organizacional que fundamenta el sistema (ISO, 2015). En este punto son muy importantes las auditorías de certificación, seguimiento y recertificación, así como el compromiso de la alta dirección con el sistema, lo que se ejecuta con actividades como la destinación de recursos, el seguimiento, medición, análisis y evaluación y, las revisiones de la conformidad del sistema. Esta

norma es la más reconocida y que presenta la mayor tradición al ser la primera que se diseñó, por lo cual es la más implementada por organizaciones de todo el mundo. Finalmente, la norma se basa en unos numerales que constituyen los requisitos por cumplir por parte de la organización que desee implementar el sistema que se define de la siguiente manera (ISO, 2015):

1. Introducción.
2. Objetivos.
3. Normas de referencia.
4. Contexto de la organización.
5. Liderazgo.
6. Planificación.
7. Apoyo.
8. Operación.
9. Evaluación de desempeño.
10. Mejora continua.

Toda organización que desee implementar el sistema debe desarrollar y adoptar los requerimientos de la norma para proceder después de verificar internamente su funcionamiento a la certificación que confirmará que la organización cumple con los requisitos y que sus productos son conformes. En la actualidad se trata de la forma más eficiente y popular de manejar los modelos de negocio para entidades del sector público y privado de cualquier industria, lo que ha dado origen a otras normas que se encargan de regular aspectos como la gestión medioambiental, la seguridad y salud en el trabajo, la seguridad de la información, los rendimientos financieros entre otras que desarrollan una serie de normas que implementan los sistemas de gestión con diferentes finalidades.

Sólo resta agregar que debido a que sus numerales son similares las organizaciones que estén en disposición y capacidad pueden integrar varios sistemas y así optimizar su gestión, reduciendo costos, mejorando la satisfacción de los clientes, el cumplimiento de los requisitos legales y otros requisitos entre otros aspectos relacionados con el modelo de negocio de la organización que los aplique. Eso es lo que se conoce como sistema de gestión integrado el cual aplican numerosas organizaciones que constituye un peldaño más elevado en la gestión de las organizaciones mediante sistemas.

4.7 Joint Commission International (JCI).

La Joint Commission International es una institución de carácter internacional que establece unos criterios o estándares aplicables a toda institución hospitalaria. La implementación de los criterios de la JCI se presenta por medio de estándares que están organizados alrededor de funciones importantes presentes en cualquier organización sanitaria (JCI, 2017). Desde luego, el método que sigue la JCI es validado por medio de estudios científicos, pruebas y aplicación prácticas en numerosas instituciones de sector salud en todo el mundo.

Dichos estándares se comprenden en tres grandes áreas (JCI, 2017):

- ✓ Suministro de atención al paciente
- ✓ Una organización segura, efectiva y bien gestionada
- ✓ Estándares para hospitales docentes, comprendidos como aquellos relacionados con los programas de educación de profesionales médicos y de investigación con sujetos humanos.

Los estándares son aplicables a toda la institución, como también a cada departamento, unidad o servicio dentro de la misma (JCI, 2017). El proceso de evaluación funciona mediante una recolección de información sobre el cumplimiento de los estándares a lo largo de la organización (JCI, 2017). En ese sentido la decisión de conceder la acreditación se basa en el nivel global de cumplimento de los estándares definidos por JCI (JCI, 2017).

Para concretar la función que desempeña la JCI, se citan los objetivos relacionados a continuación (JCI, 2017):

- ✓ Orientar la gestión eficiente y efectiva de la organización sanitaria.
- ✓ Dirigir la organización y la prestación de servicios al paciente, y los esfuerzos para mejorar la calidad y eficiencia de dichos servicios.
- ✓ Revisar las funciones importantes del centro hospitalario.
- ✓ Concientizar acerca de los estándares que las organizaciones deben cumplir para ser acreditadas.
- ✓ Supervisar las expectativas de cumplimiento de los estándares y los requisitos adicionales que se encuentran en su propósito ulterior.
- ✓ Hacer conciencia sobre las políticas y procedimientos de acreditación, y del proceso de acreditación.
- ✓ Aprehender y asimilar la terminología del manual de la JCI.

La función de la JCI se desarrolla acorde con lo establecido por su manual y la serie de instrumentos y herramientas que son utilizados para que los centros sujetos, se ajusten a los requisitos específicos del proceso de acreditación o bien, para mantener la adjudicación de la acreditación. Los centros sujetos del proceso deben cumplir con estas disposiciones en todo momento durante la acreditación (JCI, 2017). Ahora, para estructurar, justificar, difundir, implementar y evaluar las organizaciones, la JCI ha definido una serie de aspectos con la finalidad de abonar a la comprensión de los centros sanitarios de manera que tengan pleno conocimiento del objeto y método del proceso y procedimiento de acreditación. Esto se realiza de la siguiente manera:

4.7.1 Estándares.

Su función es definir las expectativas de desempeño, estructuras y funciones que deben existir para que un hospital sea acreditado por la JCI (2017).

4.7.2 Intenciones.

Su función es contribuir con la explicación del significado integral del estándar. La intención describe el objetivo y la base, da una explicación de cómo el estándar encaja en el programa general, establece los parámetros para los requisitos (JCI, 2017), Los apartes que se enumeran en la intención se consideran aconsejables y funcionan como explicaciones de las prácticas dirigidas a satisfacer el estándar (JCI, 2017).

4.7.3 Elementos medibles (EM).

Constituyen lo que se revisa y califica en el proceso de evaluación in situ. Los EM de cada estándar identifican los requisitos para el cumplimiento total del estándar (JCI, 2017). Un centro que se postula a los procesos de JCI debe estar completamente operativo, según su criterio para que pueda surtir el proceso de acreditación. Dentro de ello se destaca que debe ser sede principal y realizar investigaciones médicas (JCI, 2017).

Para un centro que solicita la acreditación por primera vez, el cumplimiento de los APR (Accreditation Participation Requirements) se determina durante la evaluación inicial. Los centros que ya cuentan con la acreditación deben reflejar el cumplimiento con los APR a lo largo del ciclo de acreditación, mediante evaluaciones in situ, el plan de mejora estratégica (SIP, Strategic Improvement Plan) y actualizaciones de los datos e información específicos de los centros hospitalarios (JCI, 2017).

Para comprender la magnitud de las funciones que desempeña la JCI, el manual se divide en secciones en las cuales se abordan por ejes las diferentes temáticas y áreas del proceso de acreditación. Dichas secciones se presentan en los anexos con sus respectivos capítulos que, para este caso, se refieren a la gestión de la calidad, y los elementos asociados en la sección II referida a condiciones organizacionales (la capacitación del personal, gobierno, liderazgo y dirección y la gestión de la información). La última sección se refiere especialmente a organizaciones como el HUS, puesto que trata los requerimientos de acreditación para centros docentes en los capítulos de formación de personal médico y la importante función de los programas de investigación en seres humanos.

CAPITULO 5
METODOLOGÍA

Este capítulo describe el método que sigue el documento, de manera que se logren lógica, sistemática y progresivamente las finalidades del ejercicio. Para tener claridad sobre lo que se hace aquí, el capítulo está comprendido por los subtítulos de tipo de estudio, enfoque, diseño metodológico, fuentes de recolección de información y finaliza con el aparte que explica el procesamiento de la información (Alomia, Escallón, & Ortegón, 2007).

5.1 Tipo de estudio

El estudio se desarrolla con la finalidad de diseñar una propuesta conceptual para de gestión calidad ISO 9001, para CEX, empleando criterios de acreditación de la Joint Commission International, en el Hospital Universitario de La Samaritana (HUS). Para la realización de este estudio, se concreta un proceso de consulta e investigación sobre los diferentes ejes temáticos definidos en el estado del arte, los cuales hacen parte de la valoración del proceso al interior de la organización (HUS) (Hamui-Sutton & Varela-Ruiz, 2012). En consecuencia, el desarrollo del documento tiene un paradigma cualitativo pues se analiza de forma subjetiva e individual la gestión institucional (Hernández-Sampieri, 2014). Asimismo, debido a que se trata de un caso de estudio de una organización en concreto (HUS), se realizan generalizaciones en forma de recomendaciones a otros hospitales de la red departamental de Cundinamarca, a partir del estudio de este caso en particular, por lo cual tiene un sentido inductivo (Hernández-Sampieri, 2014).

5.2 Enfoque

El estudio pertenece al área de las ciencias económicas y administrativas, con una naturaleza cualitativa, es decir que hay una valoración subjetiva del caso de estudio (Hernández-Sampieri, 2014) (Canales, 2006) (Martínez, 2011). Debido a que se examinan áreas relacionadas con el desempeño organizacional que son procesadas acorde a las necesidades de estudio del HUS para aplicarlas a su operación, se trata de un estudio analítico y experimental, en la medida que a partir de la aproximación a diferentes conocimientos, se diseña una propuesta conceptual para la gestión calidad para un CEX; empleando los criterios de acreditación de la Joint Commission International, aplicado al principal referente de la red departamental de hospitales de Cundinamarca, el HUS (Hernández-Sampieri, 2014).

5.3 Diseño metodológico

La situación que origina este estudio es la necesidad de implementación de la gestión de calidad, en un CEX, del Hospital Universitario de La Samaritana. Se parte de la existencia del conocimiento y las herramientas competitivas para mejorar la prestación del servicio de salud a partir de prácticas, que incluyen guías de práctica clínica como soporte de la práctica médica. En el HUS persisten unas carencias que son detectadas a partir de una intervención diagnóstica que señala las oportunidades de mejora dirigidas a incrementar el nivel de calidad en la atención y la seguridad del paciente (Hernández-Sampieri, 2014) (Méndez, 2003). Como se trata de analizar y proponer en torno al HUS, se trata de un caso de estudio en un momento dado que es el presente, significando que el presente es un estudio transversal que analiza y propone alrededor de una problemática en un momento definido (Hernández-Sampieri, 2014).

El documento está compuesto por tres grandes segmentos: la parte de planeación y definición del documento que incluye la introducción, justificación, objetivos, estado del arte y metodología. Una segunda parte que comprende el estudio del modelo de gestión de calidad en el HUS, la intervención diagnóstica y la realización de la propuesta, empleando los requerimientos de la Joint Commission International y, por último, el desarrollo del ejercicio, los resultados y la propuesta y, las conclusiones y perspectivas de profundización, donde se reflexionará sobre los objetivos, las limitaciones y las proyecciones del estudio. Posteriormente se encontrarán las referencias y los anexos.

5.4 Fuentes de recolección de información

La realización del documento es un proceso que parte de la definición de los mecanismos de recolección de información. Con esta finalidad se decidió construir un documento a partir de un estudio cualitativo con recolección de información de fuentes primarias y secundarias, mediante la realización de técnicas con personal seleccionado y relacionado con el sector sanitario (Hernández-Sampieri, 2014). La recolección de la información obedece a criterios de indagación, consulta e investigación de aspectos especializados que apunten a la solución del objetivo planteado por este documento. Como resultado de estas decisiones se determinó recabar información de fuentes primarias, mediante la realización de entrevistas semiestructuradas a directivas de hospitales, médicos y cargos administrativos de entidades del sector salud, lo cual se complementa con la realización de un ejercicio de grupo focal, al mismo tipo de perfil que los de las entrevistas y finaliza con el ejercicio de referenciación competitiva.

En segundo lugar, se decidió recopilar información por medio de una estrategia de revisión documental de fuentes secundarias en todo tipo de instrumentos. La naturaleza, procedimientos y herramientas de cada uno se registran a continuación.

5.4.1 Fuentes primarias

Se definió la consecución de información por medio de este tipo de fuentes para extraer conocimientos especializados, recomendaciones, estructuras, experiencias y toda clase de información directa asociada con la ejecución en la práctica de sistemas de calidad en hospitales universitarios con centros de excelencia, de forma directa. La razón de escoger este tipo de fuentes es que se puede definir con mayor claridad la forma de llevar a cabo la gestión de calidad para CEX, evitando al máximo externalidades negativas.

5.4.1.1 Entrevista semiestructurada

La entrevista es una técnica de recolección de información basada en la interacción entre un entrevistador y un entrevistado que suministra respuestas sobre un tema determinado, para alcanzar unos objetivos premeditados (Díaz, Torruco, Martínez, & Varela, 2013). Se condujeron entrevistas semiestructuradas para hacer factible un procesamiento de información más expedito, lo cual se logra por medio de la definición de una estructura con la posibilidad de profundizar y completar todos los aspectos relacionados con la información (Díaz, Torruco, Martínez, & Varela, 2013).

Para la implementación de esta técnica se definió el uso de un guion con posibilidad de modificación ya que tiene una modalidad de realización menos estricta, consta de unas preguntas guía que buscan dirigir la entrevista hacia el tema de investigación, sin embargo, la idea es que la temática se pueda modificar según las respuestas del entrevistado. Esta técnica requiere de conocimiento importante del tema por parte del entrevistador. El tipo de pregunta utilizada es la de tipo abierto con el fin de entender formas alternativas de entender un mismo concepto o problemática. El procedimiento por seguir será de la siguiente manera, acorde a lo determinado por la Universidad de Jaén (s.f.):

1. Preparación de un guion temático de los temas a abordar con el entrevistado.
2. Definición de preguntas abiertas con posibilidad de profundización y aclaración.
3. Diseño de consentimiento informado y registro documental y de audio de la entrevista.
4. Realización de la entrevista con dirección del entrevistador.
5. Flexibilidad en la aplicación del formato, evitando en todo caso la dispersión.
6. Procesamiento de la información.

7. Interpretación de resultados, análisis, propuesta y conclusiones.

Para la realización de la entrevista se alineó un formato que permitiera la identificación, registro y tratamiento de la información pertinente solicitada al entrevistado. Durante la ejecución hubo flexibilidad para diferentes intervenciones y contrapreguntas que aportaran a la recolección de información mediante profundizaciones o aclaraciones.

5.4.1.2 Grupo focal

Los grupos focales son una estrategia para la obtención especializada de información, basada principalmente en técnicas de entrevista individual que permite captar la opinión de cada uno de los participantes, muy útil a la hora de obtener datos cualitativos (Kitsinger, 1995) (López De Méndez, 2013). Para la obtención de la información se utiliza la interacción de los integrantes, basados en preguntas guía que permitirán desarrollar la discusión y tienen como componente principal un moderador. Se trata de una técnica de recolección de información, mediante la cual, un grupo de personas indagan acerca de conocimientos, experiencias, reacciones y recomendaciones sobre una temática de estudio (Santiago & Roussos, 2010) (Ibertic, s.f.).

La realización de la técnica requirió un moderador y el desarrollo de un libreto que contuviera de forma general los temas a debatir, aunque se caracterizó asimismo por la flexibilidad en la ejecución, permitiendo réplicas, profundizaciones y aclaraciones para una construcción colectiva de los aspectos principales de la temática, partiendo de la experiencia personal (Educarchile;, s.f.). No obstante, se resalta que no se trata de un esquema estructurado, sino que tiene una forma de debate. El proceso de realización de esta técnica tiene tres fases, que se resumen de la siguiente manera (Santiago & Roussos, 2010):

Tabla 4 Etapas realización del grupo focal

Fase	Descripción
Reclutamiento de participantes	Se hará mediante la definición de criterios de inclusión y exclusión, así como la distribución equilibrada de perfiles del grupo a moderar.
Ejecución del grupo focal	Implementación de la técnica que se registra en audio y video. Se procurará que todos los participantes den su opinión libremente. Se tratarán todos los temas prestablecidos en el tiempo programado.
Procesamiento de la información	Interpretación, análisis, propuesta y realización del informe de la actividad, mediante un esfuerzo en lograr la saturación metodológica del ejercicio.

Fuente: Elaboración propia basada en Santiago y Roussos (2010).

Para la realización de esta técnica se contó con 5 entrevistados para abarcar integralmente categorías de estudio y se realizó en una sesión de 90 minutos. S había planteado que de ser necesario se realizaría una sesión adicional con los mismos participantes o añadiendo temáticas según

conveniencia metodológica, la reunión se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital Universitario de la Samaritana. Se decidió emplear los grupos focales porque la técnica se emplea sobre todo en el área de la salud. La herramienta de registro se ubica en los anexos.

5.4.1.3 Referenciación competitiva (benchmarking)

Se trata de una herramienta de competitividad basada en una técnica de comparación con los mejores referentes en las prácticas de una industria o sector, que permite identificar aquellos aspectos críticos que sustentan el liderazgo de una organización. No hay estructuras rígidas para su aplicación y puede emplearse a fondo para medir el desempeño entre unidades organizacionales de cualquier institución. Para su realización se propone la adaptación a los objetivos y necesidades particulares siempre y cuando haya un resultado eficiente y claro. Según Spendolini (2005) el desarrollo del proceso de referenciación competitiva debe contener las siguientes etapas:

- ✓ Definir el proceso a referenciar.
- ✓ Asignar recursos humanos al proceso.
- ✓ Identificar los socios del benchmarking en una perspectiva gana – gana.
- ✓ Consolidar y analizar la información del proceso.
- ✓ Definir acciones y ejecutarlas.

5.4.2 Fuentes secundarias

Para la realización de este ejercicio, fue necesario desplegar la estrategia de revisión de fuentes secundarias de manera que hubiera una comprensión integral, delimitación pertinente y aspectos críticos en el desempeño de las organizaciones socias, las cuales se obtuvieron beneficios. La realización de este ejercicio sólo es una fase inicial, porque su pertinencia es enfocarse en un proceso de retroalimentación constante, ya que puede aportar estratégicamente al desempeño de la organización. Asimismo, mantener el liderazgo de un sector y las buenas prácticas, requieren un proceso de revisión constante para aprovechar externalidades positivas de una metodología. El ejercicio permite que la organización a partir de la experiencia de otros centros hospitalarios dirija sus esfuerzos de forma proactiva y eficiente en el logro de los objetivos críticos asociados con la gestión de calidad en CEX.

La técnica de recolección de información siguió una estrategia de revisión documental de fuentes secundarias en libros, informes, artículos periodísticos, artículos de revistas, leyes, tesis, documentos, resúmenes, actas de conferencias, documentos de sitios web, sitios web entre otros, que son el núcleo del aporte técnico – científico y base para la construcción de las herramientas de

solución de la problemática planteada por el proyecto (Hernández-Sampieri, 2014). Esta estrategia se plantea porque permite una indagación profunda y estructurada sobre el objeto de conocimiento de manera que se abarquen la mayor cantidad de variables que originen la propuesta con un soporte y respaldo adecuado. En consecuencia, se realizará una indagación profunda de las temáticas de estudio que confirmen los enfoques y premisas que dirigen el planteamiento de la propuesta de gestión de calidad en un CEX del HUS.

5.4.2.1 Proceso de acreditación centros de excelencia JCI

La Joint Commission International (JCI) es una organización internacional ampliamente reconocida, que se encarga de certificar excelencia en gestión hospitalaria y que plasma en la sexta edición de su manual para estándares en acreditación los conceptos más actuales acerca de seguridad del paciente, con el fin de que aquellas instituciones que deseen tal reconocimiento tengan procesos de mejora continuos. Se considera este proceso de acreditación porque uno de los componentes importantes definidos por los centros de excelencia, requiere que para que sea funcional se le apliquen los parámetros definidos por la Joint Commission International, de forma que se validen las prácticas y el modelo propuesto en estas metodologías de atención.

Para concretar este estudio se examinaron diferentes partes del manual de la Joint Commission International que tratan directamente el aspecto de la calidad o que están relacionadas con esta función. Por lo tanto, se hizo una exploración a profundidad en los siguientes capítulos del manual, que es la fuente oficial y más técnica que define los criterios de acreditación de centros de excelencia en hospitales universitarios. En temas de cumplimiento, dichos estándares serán evaluados en toda la organización y en todos sus departamentos, por tanto, la decisión de proporcionar la acreditación está basada en el cumplimiento global de la institución. Esa es la razón de ser de identificarlos e individualizarlos.

Tabla 5 Estudio del manual de JCI para la propuesta conceptual.

Capítulo por examinar	Composición
Sección I	Requisitos de participación en la acreditación
Sección III: Estándares de gestión de la organización sanitaria	➢ Mejora de la calidad y seguridad de los pacientes (QPS) ➢ Órgano de gobierno, liderazgo y dirección (GLD) ➢ Cualificación y educación del personal (SQE) ➢ Gestión de la información (MOI)
Sección IV: Estándares del hospital docente	➢ Educación de profesionales médicos ➢ Programas de investigación con sujetos humanos

Fuente: Elaboración propia basada en JCI (2017).

La JCI ofrece, adicionalmente, la posibilidad de continuar el camino de la excelencia o la demostración de esta, a través de la modalidad de certificación, que aplica a hospitales o instituciones previamente acreditadas por dicha entidad, que se especialicen en el manejo de una patología específica, bajo el título de "Certificación de cuidado en enfermedad específica o centros de cuidado clínico". Esa es la certificación que el HUS busca.

Para este caso de estudio, se cuenta con un capítulo entero del manual dedicado a estándares de calidad en la atención que deben tener los centros hospitalarios lo cual es una facilidad en la aproximación. Ahora, por otra parte, hay capítulos muy relacionados con la gestión de la calidad en términos de la ISO 9001 que ameritan ser tomados como referencia para la propuesta conceptual para la gestión de la calidad en un CEX. La forma de procesar la información fue a partir de la realización de matrices que desagregaran y descompusieran los principales aspectos de cada capítulo de las secciones definidas y a partir de esos criterios realizar la triangulación que arrojará como resultado lineamientos para el diseño de la propuesta conceptual para la gestión de la calidad en un CEX.

5.5 Procesamiento y análisis de la información

Debido a que la etapa de consulta e investigación es un proceso complejo que exige identificar, seleccionar, analizar y proponer componentes técnicos especializados, el procesamiento de información se da a partir de la depuración y tratamiento de la información contenida en los instrumentos definidos en este capítulo. Para realizar dicho proceso se hace necesaria la lectura, análisis crítico, desarrollo de resúmenes, tablas, matrices y gráficas que sirvan tanto para la visualización integral como para su mejor comprensión. Se emplearon para este propósito fuentes físicas, PC y USB.

Desde una perspectiva más técnica, lo que se va a hacer para lograr la saturación metodológica se presenta en dos niveles: En el primero se consolidó la información principal de cada fuente (primaria o secundaria) y en un segundo nivel se empelará la técnica de triangulación para que se revelen los aspectos cruciales en el diseño de una propuesta conceptual de gestión de calidad en un CEX. Para finalizar sólo resta explicar que la variable independiente (es decir la que será manipulada por el investigador que definirá la propuesta) estará constituida por la propuesta conceptual de gestión de calidad y las variables dependientes serán el hospital universitario, los centros de excelencia y el proceso de acreditación de la JCI, es decir variables que no se pueden manipular y sirven de parámetros.

5.6 Proceso de socialización.

Como parte del desarrollo metodológico se realizó un proceso de socialización de los resultados del proyecto en el HUS debido a que se trata de un proyecto aplicado en modalidad de profundización, por lo cual las propuestas conceptuales que se generaron durante la investigación sirvieron como insumos y directrices para la gestión del CEX en el Hospital Universitario de La Samaritana. Asimismo, se realizó la actividad de socialización de los resultados de investigación ante los profesores y estudiantes de la maestría cursada de la Universidad de La Sabana como una etapa previa al cierre del proceso.

5.6.1 Socialización en el HUS.

Se realizó en una sola jornada la presentación y socialización de los resultados de investigación del proyecto desarrollado con la finalidad de concretar el diseño de una propuesta conceptual de gestión de calidad para un CEX en el HUS. Los hallazgos permitieron determinar aspectos críticos, cruciales y operacionales, una vez se implementen los centros de excelencia de las diversas especialidades en el hospital. La primera propuesta es genérica pero la segunda aborda particularidades de la especialidad de trauma raquimedular.

El resultado fue altamente productivo porque se logró sensibilizar y concretar con precisión lo que va a requerir el CEX desde una perspectiva organizacional. Con el desarrollo de estas propuestas y esta investigación se pudo concretar cuáles son los aspectos que debe tener en cuenta especialmente la gerencia del hospital parta que el proceso sea exitoso.

5.6.2 Socialización MGC en la Universidad de La Sabana.

En la Universidad de La Sabana el propósito de la socialización no estuvo tan dirigido a la operatividad de la propuesta, sino que se orientó a todo el trabajo de grado, de lo cual, las propuestas conceptuales generadas, son los resultados obtenidos en el proceso de construcción del proyecto aplicado en modalidad de profundización. En consecuencia, lo que se evidenció son propuestas derivadas de un proceso de investigación escalonado mediante un método con diversas actividades y aproximaciones con las que se logra la saturación metodológica que los origina, la cual se comprende como el establecimiento de relaciones, jerarquías, patrones, comportamientos, actores, objetos y sujetos involucrados en el estudio, los cuales se concretan al establecer la propuesta.

CAPÍTULO 6

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.

El HUS, es un hospital con 87 años de historia, a lo largo de las cuales ha ido mejorando sus niveles de atención en diversas patologías, incluyendo procedimientos y cirugías altamente especializadas. Se trata de una organización de gran tamaño ubicada en el centro de la ciudad de Bogotá con una moderna sede en el municipio de Zipaquirá, Cundinamarca. Se define como Empresa Social del Estado (E.S.E.) con autonomía administrativa, financiera y presupuestal, de tipo universitario por lo cual presta servicios de atención en salud junto con funciones de docencia e investigación. Debido a estas cualidades es la institución de referencia de la red hospitalaria departamental de Cundinamarca. Para poder desarrollar con pertinencia este documento es necesario conocer en profundidad el hospital, por lo cual se desarrollan los siguientes subtítulos.

6.1 Entorno estratégico del HUS

Las siguientes definiciones son la descripción textual de la plataforma estratégica del HUS, esto incluye su cultura organizacional y sus enfoques.

6.1.1 Misión

La misión definida por la organización es la siguiente (HUS, 2020):

> En la E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana, somos líderes en la prestación de servicios integrales de salud con calidad, profesionalismo y humanización, prestados por un equipo dispuesto la excelencia y con la tecnología adecuada, contribuyendo al desarrollo de la comunidad y liderando con ética la formación académica e investigativa.

6.1.2 Visión

Correspondiendo con la misión, la visión definida es (HUS, 2020a):

> En el 2021 como Hospital Universitario cabeza de la red de Servicios de Salud de Cundinamarca, seremos reconocidos por nuestro modelo de gestión humanizado y sustentable, con un modelo de educación en investigación propio, basándonos en el desarrollo de centros de excelencia (CEX) que, mediante el uso eficiente de los recursos y la tecnología, contribuya al mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

6.1.3 Direccionamiento estratégico

El direccionamiento estratégico se denomina “Humanización con sensibilidad social”. El mismo se define a partir del diseño y ejecución del plan de desarrollo institucional (2017 - 2020), que

está compuesto de un análisis del contexto actual del hospital, el reconocimiento del entorno, la tendencia y evaluación de su comportamiento en procesos asistenciales, administrativos, de calidad y control, establecidos en relación al cumplimiento de metas dirigidas al mejoramiento de la prestación de los servicios de salud, la autosostenibilidad financiera y el fortalecimiento institucional del HUS (HUS, 2019).

Para dicho proceso se realiza un análisis estratégico de entorno y condiciones del HUS, iniciado en un proceso de mejoramiento continuo de acuerdo con un sistema de gestión de la calidad que permite una prestación de servicios más adecuada e incluso acreditarse (HUS, 2019) (Certo, 2005). Con base en este proceso, se consideró mantener la plataforma estratégica con algunos ajustes que evidenciaran el avance del logro de los objetivos estratégicos (HUS, 2019). Como resultado se propuso un Plan Indicativo 2017 – 2020, con unas metas de resultado que definen el camino que debe recorrer el HUS en dicho período (HUS, 2019). Este plan, junto con el Plan de Acción en Salud se articulan con el Plan de Desarrollo Departamental, el Acuerdo Gerencial Decálogo del Gerente y el Proyecto Misión Salud (HUS, 2019).

6.1.4 Objetivos estratégicos

Articulados con la planeación estratégica, se proponen los siguientes objetivos (HUS, 2020c):

- Fortalecer la prestación de los servicios de salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.
- Garantizar el talento humano más competente y comprometido del sector y enfocado a una cultura de servicio y de mejoramiento continuo.
- Fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad que permita conformar CEX.
- Implementar un modelo de docencia e investigación que impacte en la formación ética y humanística de los estudiantes que desarrollen sus procesos de enseñanza – aprendizaje en la institución para formar profesionales de bien para la sociedad.
- Garantizar un sistema de información integral, eficiente y eficaz.
- Lograr la autosostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en largo plazo la rentabilidad financiera que permita reinvertir.

6.1.5 Principios y valores

La organización es concebida, planeada y ejecutada en el marco de los siguientes valores y principios cada uno con su interpretación según la administración del HUS:

Tabla 6 Principios del HUS.

Principio	Interpretación
Vocación de servicio	Actitud de colaboración hacia los demás, en todo momento y en todas partes. Acciones desinteresadas que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida de los demás sin esperar nada a cambio.
Ética	Coherencia entre pensar, decir y actuar, para promover comportamientos deseables conforme a la ley moral y normas legales.
Solidaridad	Capacidad de comprender el dolor, la pena y la desventura de los demás, para asumir como propias, justas y razonables las demandas de los demás.
Trabajo en equipo	Unir el esfuerzo de quienes participan en los procesos y actividades, sin excepción, para multiplicar el logro de resultados en búsqueda de objetivos y metas comunes.
Respeto	Capacidad de conocer el valor propio y honrar el valor de los demás. Colocarse en el lugar de los semejantes. Significa valorar a los demás como sujetos dignos que merecen reconocimiento y protección.

Fuente: Elaboración propia basada en HUS (2020b).

Tabla 7 Valores del HUS.

Valor	Interpretación
Humanización del servicio	Reconocer la dignidad humana de cada usuario, su valor como sujeto y en consecuencia contribuir a la satisfacción de sus necesidades, en el marco del respeto.
Excelencia	Estilo de vida que busca conseguir el máximo nivel de calidad en las actividades desempeñadas. Incluye ser eficientes y eficaces.
Lealtad	Obligación de fidelidad de un sujeto a su institución o comunidad estando presente y cumpliendo siempre. Es la primacía de los intereses colectivos de la institución sobre los propios o los externos a la entidad.
Participación	Acceder voluntaria y conscientemente a la toma de decisiones, en las que esté involucrada la persona, con el objetivo del bien común.
Responsabilidad social	Hacerse cargo de las consecuencias de palabras, decisiones y todos nuestros actos. Consiste en hacer de la mejor manera lo que corresponda con efectividad, calidad y compromiso sin perder de vista el beneficio colectivo de la comunidad.

Fuente: Elaboración propia basada en HUS (2020b).

6.1.6 Capacidad instalada del HUS.

Para comprender mejor la organización se adjunta una descripción general de los principales componentes organizacionales del hospital.

Tabla 8 Descripción organizacional HUS.

Categoría	Descripción
Organización	Hospital Universitario de La Samaritana
Ubicación	Bogotá D.C
Fundación	Abril 28 de 1932 – 87 años

Categoría	Descripción
Capacidad	261 camas 10 quirófanos 18 camas de cuidado intensivo 25 camas de cuidado intermedio 2 sala de partos
Empleados	1574
Enfoque organizacional	El enfoque del HUS, se basa en el análisis de la situación actual, el reconocimiento del entorno, la tendencia y evaluación de su comportamiento en procesos asistenciales como administrativos y calidad y control, con el fin de direccionar las acciones que permitan el cumplimiento de metas para: ➢ La prestación óptima del servicio de salud al usuario ➢ La autosostenibilidad financiera ➢ El fortalecimiento del Hospital Universitario.
Servicios	Urgencias, banco de sangre, modalidad hospitalización, modalidad quirúrgica, modalidad ambulatoria, ambulatoria especial, ayudas diagnósticas. Rehabilitación.
Cultura organizacional	Se presenta por medio de políticas, que son desarrolladas en diferentes documentos, dando cuenta del enfoque del hospital en determinadas áreas de funcionamiento organizacional: ➢ Seguridad del paciente ➢ Responsabilidad social y ambiental ➢ Relación docencia servicio ➢ Humanización de la atención ➢ Gestión del talento humano y transformación cultural ➢ Gestión de la tecnología ➢ Gestión de información y comunicaciones ➢ Calidad y mejoramiento continuo ➢ Administración del riesgo

Fuente: Elaboración propia basada en HUS (2017) y HUS (2019).

6.1.7 Política de calidad.

La política se denomina “Máximos beneficios, mínimos riesgos para todos”, que constituye la exteriorización del compromiso con el mejoramiento continuo de los procesos, con la finalidad de ofrecer progresivamente servicios más adecuados a las necesidades de los usuarios, en condiciones de óptima calidad (HUS, 2015). Para que esto sea posible es necesario articular recursos físicos, humanos y tecnológicos, enfocados en el logro de mejores resultados y la satisfacción de usuarios, sus familias, los funcionarios y el entorno (HUS, 2019).

El esquema del sistema de gestión se complementa con la siguiente relación:

Tabla 9 Componentes política de calidad HUS.

Variable	Contenido
Objetivos de calidad	➢ Incrementar institucionalmente el nivel de calidad en la prestación de servicios. ➢ Aumentar el nivel de satisfacción de los usuarios, de acuerdo con sus necesidades y expectativas. ➢ Fortalecer la gestión clínica y la atención basada en la mejor evidencia científica disponible. ➢ Mejorar la accesibilidad a los servicios, proporcionado una tramitación cómoda y sencilla de los principales procedimientos administrativos y asistenciales, para recibir de forma adecuada la atención que demanden.
Despliegue	La política se despliega en todos los procesos, servicios y unidades funcionales del HUS.
Responsable del despliegue	Líder del proceso de gestión de la calidad.
Glosario	Mejoramiento continuo: Proceso que asegura la estabilidad y posibilidad de mejora de un aspecto o la totalidad de un elemento por medio de herramientas de medición de desempeño y satisfacción de requisitos frente a una base de referencia. Estándar: Modelo o patrón establecido para conocer el grado de cumplimiento de los requisitos de un producto o servicio. Satisfacción: Nivel de percepción de una persona del éxito o inquietud sobre las características de un producto o servicio.

Fuente: Elaboración propia basada en HUS (2020).

6.2 Sistema de gestión de calidad del HUS.

El trabajo respecto de la calidad en el HUS no parte de cero, porque hay un sistema de gestión de calidad adaptado a las funciones y necesidades del hospital, además que se tiene la obligación de acreditarse en el Sistema Obligatorio de Gestión de la Calidad en Salud (SOGCS), establecido por el gobierno. Sobre estos dos puntos se desarrolla este subtítulo.

La calidad no puede enfocarse como "algo" independiente, sino que hay que buscar integrar la gestión de calidad a la gestión de la organización (Amador & Cubero, 2010). Por esta razón, en este apartado se hablará del sistema de gestión de calidad que se ha ido implementando en el Hospital Universitario de la Samaritana; una de las variables principales tenidas en cuenta en dicho trabajo de investigación. El sistema del HUS se adapta a las funciones, necesidades del hospital y a la política de calidad, de acuerdo a los planteamientos del Sistema Obligatorio de Gestión de la Calidad en Salud (SOGCS), establecido por el gobierno nacional. En este sentido, el sistema de gestión de calidad del HUS se basa fundamentalmente en dos certificaciones: La certificación ISO 9001:2018 y la Acreditación de Calidad en Salud.

Teniendo en cuenta qué es la norma ISO 9001, la certificación otorgada al HUS (NTC ISO 9001:2015), hace parte del sistema de calidad con el que cuenta el hospital. Este logro fue un resultado del mejoramiento permanente enfocado en el bienestar y la satisfacción de los usuarios, y sus familias en la prestación de servicios de salud de alto grado de complejidad, logrando la obtención y mantenimiento de los certificados desde el 2008. En el 2018 se logró la actualización de la certificación bajo la NTC ISO 9001 versión 2015 (Hospital Universitario de la Samaritana, 2019). Los procesos que certificó la ISO 9001 dentro del HUS son (Hospital Universitario de la Samaritana, 2019).:

- ✓ Urgencias
- ✓ Unidad de Cuidado Intensivo e Intermedios adulto
- ✓ Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios neonatal
- ✓ Laboratorio clínico
- ✓ Banco de Sangre.

La otra certificación obtenida es la *Acreditación de Calidad en Salud* otorgada por el Ministerio de Salud y Protección Social, y el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación ICONTEC, con una vigencia de 4 años, desde enero de 2018 a diciembre de 2021. Esta certificación se basa en los decretos 1011 y 903 de 2014, la Resolución 2082 de 2014, y el manual de estándares hospitalarios y ambulatorios emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (HUS, 2019). Es importante recalcar que dicha certificación es para toda la institución hospitalaria, como entidad prestadora de servicios, la cual reúne alrededor de 37 hospitales que cubren los 116 municipios de Cundinamarca. La institución se sometió a un proceso de autoevaluación interna y externa de los procesos y resultados para garantizar la mejor calidad a los pacientes (HUS, 2019). La norma ISO, solo certificó los procesos anteriormente mencionados.

Por otro lado, el HUS es una organización que cuenta con diferentes herramientas que hacen parte de todos los procesos del sistema de gestión de calidad. Entre estos encontramos: la articulación de la política de calidad con los diferentes procesos de la institución (‘’máximos beneficios y mínimos riesgos para todos’’), el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC), las auditorías internas integrales de calidad, el sistema único de habilitación (SUH) y el plan único de mejora por procesos (PUMP) (HUS, 2019).

6.2.1 Requisitos de SOGC.

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), es el mecanismo expedido por el Gobierno Nacional con la finalidad de asegurar que las instituciones prestadoras de salud del sector público prestan en las condiciones adecuadas cumpliendo de forma sistemática y permanente los requisitos regulatorios los servicios de salud a los pacientes y sus familias. El SOGCS es el modelo de sistema de gestión insertado en el sistema de gestión general de las instituciones pertenecientes al Sistema Nacional de Salud (SNS) que se encarga de administrar los aspectos relacionados con el cumplimiento de los requisitos regulatorios y los requisitos derivados de la atención a los pacientes y sus familias.

De manera más específica el SOGCS tiene en cuenta el pensamiento basado en riesgos, el enfoque a procesos y el mejoramiento continuo. Según el Ministerio de Salud, el SOGCS es definido como: "El conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país" (Decreto 780/2016, 2016). Como sistema de gestión de calidad público específico para el sector salud, en primer lugar, es certificable y opera en el marco de los siguientes componentes:

Tabla 10 Componentes SOGCS.

Componente	Definición
Sistema Único de Habilitación (SUH)	Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos a través de los cuales se establece, registra, verifica y controla la conformidad de condiciones de capacidad tecnológica y científica (denominados estándares de habilitación), patrimonio y estabilidad financiera y de la capacidad técnico-administrativa, imprescindibles para la entrada y permanencia en el mercado de los servicios en salud, que son obligatorios para los prestadores de servicios de salud (GESA, 2020).
Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.
Sistema Único de Acreditación (SUA)	Comprende los procesos, procedimientos y herramientas de implantación voluntaria y cíclica por entidades prestadoras de servicios de salud que tienen por objeto comprobar el cumplimiento progresivo de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, de atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, supervisión y control de la Superintendencia Nacional de Salud.
Sistema de Información para la Calidad en Salud (SICS)	Su función es: Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de calidad en la atención en salud en el marco del SOGCS. Debe suministrar información a los usuarios para una elección libre basada en la calidad de los servicios, para que puedan tomar decisiones informadas cuando van a ejercer los derechos contemplados por el SOGCS. Finalmente, deben ofrecer insumos para la referenciación por

Componente	Definición
	calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del SOGCS.

Fuente: Elaboración propia basada en Ministerio de Salud (2020) y GESA (2020).

En el caso del HUS, en el año 2018 recibió la acreditación en SOGCS por parte del Ministerio de Salud, siendo el primer hospital público del país en alcanzar dicha distinción. La acreditación por su parte dura 4 años a partir de su expedición, lo que quiere decir que es aplicable hasta diciembre de 2021. El proceso requirió un trabajo de coordinación, difusión y concientización en todos los niveles de la organización, pero lo más importante es que la acreditación permite la prestación de servicios de calidad para una población significativa del país como es la correspondiente al Departamento de Cundinamarca. La acreditación se basa en la Resolución 2082/2014 los decretos 1011 – 903/2014 y el manual de estándares hospitalario y ambulatorio del Ministerio de Salud y Protección Social (Gobernación de Cundinamarca, 2020).

En línea con la definición e implicaciones de funcionar con criterios de calidad, la acreditación certifica que La Samaritana presta servicios de salud seguros y de alta calidad (Gobernación de Cundinamarca, 2020). El hecho de contar con esta acreditación también valida el plan estratégico del hospital dotándolo de un respaldo y viabilidad. Ese proceso de acreditación se basó en un proceso de revisión interna y externa de procesos y resultados para mejorar la atención al paciente y su familia como es la finalidad de toda su estructura y funcionamiento como IPS.

6.2.2 Sistema de Gestión de Calidad del HUS.

La institución tiene un manual, en donde explica el enfoque y concepción estratégica respecto de su SGC en cumplimiento de los requisitos regulatorios del sector salud que comprende el SOGC que se articula internamente con el Modelo Estándar de Control Interno que se soportan en la estructura del SGC basado en la norma ISO 9001. Desde luego y según su estructura organizacional el HUS funciona con un enfoque a procesos en todas sus unidades y dependencias, además que ha desarrollado un pensamiento en riesgos.

En este sentido y la garantía que el hospital se desarrolla adecuadamente es el cruce de fuentes y resultados establecidos por su esquema de mejoramiento continuo, mediante:

- ✓ Autoevaluación y definición de planes de mejoramiento del SUH y el SUA.
- ✓ Definición e implantación del PAMEC complementado por el Programa Interno de Auditoría Integral.

- ✓ Autoevaluación e informe de implementación del Plan Único de Mejora por Procesos (PUMP).

El HUS en su manual de calidad desarrolla los numerales de la norma ISO 9001:2015 en el marco de la superestructura de la gestión de la calidad que se basa en el ciclo de Deming (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar) articulado con el MECI, de manera que haya claridad en objetivos, metas, funciones y responsabilidades en el marco del sistema de gestión de calidad del HUS. En concreto el manual desarrolla los numerales de la siguiente manera:

Tabla 11 Requisitos SGC del HUS basado en la norma ISO 9001:2015.

Requisito	**Desarrollo**
Contexto de la organización	Realiza una descripción del direccionamiento estratégico del hospital y realiza una matriz de discriminación de los requisitos principales de la norma articulados con los mecanismos internos de revisión y control. Esta parte también relaciona el mapa de procesos dividiéndolos es estratégicos, misionales y de apoyo.
Liderazgo	Establece de forma expresa el compromiso de la dirección con el establecimiento, implementación y mantenimiento del SGC, asignando en ella la responsabilidad del mejoramiento continuo. Describe que la dirección asignará los recursos y revisará periódicamente el SGC. Manifiesta todas las herramientas de gestión por medio de las cuales hace patente su compromiso (Plan de desarrollo, plan de indicativos, rendición de cuentas, promoción del enfoque a procesos, PAMEC y PUMP). También describe los roles, responsabilidades y autoridades en la organización.
Planificación	Define y explica los siguientes componentes de la norma: ✓ Acciones para abordar riesgos y oportunidades: Realizada por la dirección) ✓ Planificación de cambios: Realizados mediante acuerdos expedidos por la junta directiva y Resoluciones de la gerencia. ✓ Establece el procedimiento 02GC01 de control de documentos y registros y la historia clínica como base de la prestación de los servicios de salud.
Apoyo	En este aparte se describen los siguientes numerales que son los requisitos de la norma: ✓ Recursos: A cargo de direcciones y subdirecciones que planean y calculan los registros. Incluye las personas, el ambiente para la operación de los procesos, los recursos de seguimiento y medición y, el conocimiento de la organización. ✓ Competencia y toma de conciencia: El HUS se asegura de la competencia del personal para lo cual desarrolla perfiles de cargo en el manual de funciones. Asimismo, define que el recurso humano es el activo más importante de la organización. ✓ Comunicación: Existe un área específica que genera las directrices de comunicación, cómo se realiza y los canales empleados. ✓ Información documentada: HUS tiene procedimiento para controlar documentación interna y externa para la elaboración, validación y aprobación de los mismos.
Operación	Desarrolla los numerales: ✓ Planificación y control operacional: Define que la actuación del HUS se realizará mediante la gestión por procesos, la gestión documental, actividades

Requisito	Desarrollo
	de verificación, registros necesarios, sistema integrado de calidad y manual de la calidad. ✓ Requisitos para productos y servicios: Tiene en cuenta los procedimientos relativos al ingreso del servicio requerido, la prestación y dada de alta. ✓ Control de los procesos, productos y servicios: Diseño e implementación de procedimiento de gestión de bienes y servicios. La prestación se soporta en el despliegue de manuales, procedimientos, protocolos, GPC formatos, registros y procedimientos técnicos. ✓ Control de salidas no conformes: Constituidos por los eventos adversos generados en la prestación del servicio a pacientes y sus familias.
Evaluación de desempeño	✓ Evaluación de desempeño: Hay un seguimiento y monitorización de indicadores de gestión por proceso, seguimiento de PQRS y auditorías internas. ✓ Auditoría interna: El HUS ha desarrollado un manual para este propósito donde están consignadas las responsabilidades y requisitos para su desarrollo de la autoevaluación mediante programa al efecto. ✓ Revisión por la dirección: Es anual para presentación y aprobación por el comité directivo y comité coordinador de control interno. Tiene en cuenta: Resultados de auditorías anteriores, retroalimentación del paciente y su familia, desempeño de procesos, acciones correctivas, seguimientos por la dirección, cambios que pueden alterar el SGC, resultados de programas institucionales y recomendaciones de mejoramiento.
Mejora	Hace referencia a metas establecidas en la política y en los objetivos de calidad que deben ser cumplidas.

Fuente: Elaboración propia basada en HUS (2018) y Rojas (2014).

De lo desarrollado en los últimos dos apartados se puede decir que en efecto el HUS ha planteado e implementado con éxito el proceso de acreditación SOGCS, lo cual ha sido articulado con el planteamiento del SGC articulado por el Modelo de Control Interno, originando la sinergia que le permite prestar servicios de mediana y alta complejidad a una numerosa población.

6.3 Estado del proceso de centros de excelencia.

Actualmente el HUS está en proceso de conceptualización general de un centro de excelencia en trauma raquimedular (TRM), lo que le ha permitido desarrollar competencias en el marco de los pilares que fundamentan su práctica (Bajos costos, elevadas prestaciones y notables resultados/curva de aprendizaje). Es claro que sólo un centro hospitalario con las condiciones del entorno adecuadas, con solidez financiera, perfil epidemiológico, personal capacitado y tecnología de punta puede trabajar bajo este esquema, puesto que exige un respaldo profesional y científico además de la articulación organizacional. A continuación, se registran las principales consideraciones sobre el CEX de trauma raquimedular.

6.3.1 Contextualización.

El proyecto se origina en el problema de salud pública que representa este tipo de patología, que afecta económica y psicológicamente al paciente y su familia, al SNS por los costos que genera el tratamiento, rehabilitación y las secuelas asociadas a un daño en la medula (Servicio de neurocirugía, 2017). La mortalidad por trauma raquimedular ha disminuido en un 70% desde la década de los 20 del siglo XX bajando hasta menos de un 5% en la actualidad (Servicio de neurocirugía, 2017). En Colombia en los servicios de urgencias se ha identificado que 1 de cada 40 consultas es por causa de trauma raquimedular. También se ha constatado que los costos pueden llegar a 2 millones de dólares anuales por paciente (Servicio de neurocirugía, 2017).

En cuanto a condiciones de atención se ha identificado insuficiencia de capacidad instalada pues en los últimos 5 años se tuvo una demanda insatisfecha de 689 pacientes en Cundinamarca. Esta es una necesidad que pretende solventar el CEX en trauma raquimedular por lo cual quiere brindar un manejo integral con la mejor tecnología y el mejor talento humano bajo los principios de seguridad del paciente y mejores resultados. Esto ha requerido adaptar el servicio de Neurocirugía en el área de hospitalización y salas de cirugía con este propósito (Servicio de neurocirugía, 2017)

6.3.2 Análisis de la demanda.

La población del departamento de Cundinamarca con alguna lesión en las edades de 18 a 80 años según el DANE se encuentra en 2´762,784 (Servicio de neurocirugía, 2017). Las edades más afectadas están entre las edades de los 18 a los 40 años, con 826,592 pacientes según el DANE (Servicio de neurocirugía, 2017). Ahora, teniendo en cuenta que el crecimiento poblacional se encuentra en el 1.49% la población afectada proyectada será de 2´888,128 en 2020 (Servicio de neurocirugía, 2017):

Para mayor comprensión se adjunta la siguiente tabla de definición del CEX en trauma raquimedular:

Tabla 12 Plataforma estratégico CEX trauma raquimedular.

Variable	Descripción
Misión	Mejorar el pronóstico de los pacientes cundinamarqueses con una oportuna y eficaz intervención de la lesión secundaria del trauma raquimedular ya que la lesión primaria tiene secuelas en su mayoría irreparables.
Visión	Mejorar el tiempo de atención, toma de imágenes e intervención inmediata en la institución (HUS), ofreciendo altos estándares de seguridad al paciente, mejores resultados, costos altamente competitivos en el mercado, aumento de volumen de pacientes con la patología y frecuencia de atención.

Objetivos estratégicos	✓ Lograr la habilitación intrainstitucional como preparación para la recertificación de la ISO 9001 del 2015 para el servicio de Neurocirugía. ✓ Contar con los estándares de alta calidad de ISO 9001:2015 para concluir el proceso de certificación de la JCI como CEX en el servicio de trauma raquimedular.

Fuente: Elaboración propia tomado de Servicio de Neurocirugía (2017).

6.3.3 Impacto general en el sistema.

La operación del CEX tendrá un impacto positivo debido a que se optimiza y agiliza la experiencia de recuperación del paciente. Por medio de la curva de aprendizaje se obtendrá mayor experiencia, menores errores, optimización del tiempo de los procesos. En el HUS no solo se busca la excelencia en los resultados médicos sino también que los servicios y procesos se ajusten a los parámetros del CEX para obtener resultados sobresalientes a nivel médico y administrativo (Servicio de neurocirugía, 2017). Esto implica un escenario de estrecha colaboración y cooperación.

En cuanto al personal administrativo y el personal operativo deben poseer unas competencias entre las que destacan la responsabilidad, el compromiso, la educación superior y la experiencia en manejo de pacientes neuroquirúrgicos para el personal asistencial. Debe haber un grupo de trabajo multidisciplinario con un mismo objetivo que es la recuperación de las condiciones raquimedulares de los pacientes (Servicio de neurocirugía, 2017).

6.3.4 Análisis de capacidad instalada.

Para la atención del CEX en trauma raquimedular se tienen las siguientes capacidades:

Tabla 13 Análisis capacidad instalada CEX trauma raquimedular.

Análisis de capacidad instalada	
N° de camas necesarias	El número de camas necesarias para la demanda de trauma raquimedular de Cundinamarca es de 894,6 camas.
Capacidad instalada actual	20 camas para el servicio de neurocirugía.
Análisis de capacidad actual	El número de camas necesarias para la demanda real es de 164 camas, sin embargo, no es posible dicho número de camas en el HUS ya que es un hospital multidisciplinario y cuenta con múltiples servicios que ofrecen el servicio de hospitalización. Se considera que la adquisición de 5 camas más de UCI dado a que se espera que se intervenga 5 pacientes con trauma raquimedular a la semana y que en su mayoría requieran UCI para el servicio de neurocirugía, cubriendo la demanda de pacientes trauma raquimedular.

Fuente: Elaboración propia basada en Servicio de neurocirugía (2017).

6.3.5 Descripción del producto y/o servicio prestado.

El CEX tiene como propósito mejorar el pronóstico de los pacientes cundinamarqueses con una intervención oportuna y efectiva de lesión secundaria en trauma raquimedular con disminución de tiempos de atención, toma de imágenes e intervención inmediata en una misma institución, ofreciendo elevados estándares de seguridad al paciente, óptimos resultados, costos competitivos en el mercado, y el uso de la mejor tecnología disponible para el manejo del trauma (Servicio de neurocirugía, 2017). El hospital cuenta actualmente con el personal competente para el manejo de esta patología.

CAPÍTULO 7
DESARROLLO DEL ESTUDIO

Este capítulo contiene el desarrollo del estudio a partir de la definición que se hizo en la metodología sobre la recolección de información de fuentes primarias mediante la entrevista semiestructurada, el grupo focal y el benchmarking. Sobre ese posicionamiento competitivo de la Fundación Santa Fe, se realiza el procedimiento del análisis para extraer conclusiones y recomendaciones para el proceso que emprende actualmente el HUS.

7.1 Entrevista semiestructurada y grupo focal.

Se decidió por espacio y pertinencia realizar una selección de preguntas que fueran más relevantes para presentarlas en este apartado; aunque cabe decir que para el proceso de disertación que conduce a la propuesta para la gestión de calidad en un centro de excelencia en el HUS, se tuvieron en cuenta todas las respuestas puesto que su aporte es valioso en términos de conocimiento y experiencia.

Los contenidos seleccionados se asociaron indistintamente a su pertenencia a los dos instrumentos, pero en el procesamiento que siguió la estrategia de triangulación se filtraron los contenidos tres veces para asegurar el resultado pertinente y ajustado a las necesidades de la unidad organizacional como su aporte estratégico al Hospital Universitario de La Samaritana. Después de consolidar la información se procedió a construir la propuesta en torno a los principales aportes en términos de relevancia y frecuencia de manera que no quedará ningún contenido que tratar para la realización de la propuesta que se presenta en el capítulo siguiente. En la siguiente matriz se relacionan los puntos de vista, recomendaciones y experiencias de los expertos en sus instituciones en relación con los aspectos operativos que son los más relevantes al considerar que el CEX es un programa y equipo de atención excepcional en salud.

Tabla 14 Matriz procesamiento de información entrevista semiestructurada y grupo focal.

Variables analizadas	Pte.	Contenidos principales
¿Bajo qué criterios se escoge desarrollar un centro de excelencia?	1	Médico general: Se derivan del proceso de investigación para la creación del mismo, entre estos criterios se encuentran: las cualidades de la especialidad más rentable de la Institución. la definición de la patología tiene unos estudios en donde se identifiquen los equipos tecnológicos competentes una infraestructura adecuada, un proceso asistencial para la patología que garantice éxito en el desarrollo y pues personal con las competencias.
	2	Enfermera Jefe: Los CEX (centro de excelencia) se desarrollan, a través de unos parámetros que implican: estudio de mercado, investigaciones patológicas, directrices de entes acreditadores, reconocimiento de la infraestructura de las instalaciones, reconocimiento del estado tecnológico del hospital, inversión para el proyecto, mano de obra calificada para el desarrollo del proyecto, planteamientos de incorporación institucional, históricos de la patología a desarrollar, impacto social, laboral y competitividad institucional.
	3	Jefe Biomédica: La necesidad de crear un instrumento por el cual se atendiera una patología con los más altos entandares de calidad, en donde lo que se quería era darle al hospital un valor agregado frente a la parte asistencial que da apertura a esta posibilidad con el fin de darle calidad, tecnología, infraestructura a la Institución para la formación de un CEX.
	4	Pediatra: La construcción de un CEX se da cuando el Hospital considera que tiene las herramientas suficientes para cubrir cierto tipo de patología que es frecuente en los pacientes que atiende la institución, expresando la necesidad a las entidades correspondientes para generar los recursos necesarios, de tal manera que sean útiles para la conformación del CEX bajo las modalidades oportunas que le den sostenibilidad a la inversión tecnológica, recursos humanos
	5	Administrativo: Los criterios para tomar la decisión de implementar un CEX en el hospital deriva de las necesidades, beneficios, conveniencia, impacto social, capacidad de adquisición de tecnología, capacidad instalada, personal capacitado, costo – beneficio, costo – resultado y costo efectividad.
¿Cuál considera que es el elemento más importante y efectivo dentro de la estrategia para la creación de un CEX?	1	Médico general: El conocimiento, sino hay una buena investigación, un buen estudio de mercado, un soporte argumentativo del por qué, no hay nada que me garantice el éxito de un CEX, no tiene sentido generar la idea y hacer todo el proceso sin estar seguros de los datos retrospectivos de lo que se piensa y validar si en realidad funciona o no.
	2	Enfermera Jefe: No hay solo un elemento importante para el desarrollo de las estrategias que se consideren a la hora de desarrollar un proyecto como el CEX, por ejemplo: el tiempo, el impacto en el medio, la seguridad del paciente, la tecnología, la reacción social, el posicionamiento competitivo; son algunos de los elementos importantes, pero en esencia, la verdadera estrategia para la implementación de un CEX en el Hospital está involucrada con el tema de investigación, sino hay una lectura definida, una claridad en lo que se quiere lograr, la intencionalidad a partir de conocimiento, será un intento fallido.

	3	Jefe Biomédica: El mejor elemento que el hospital posee para su CEX, es la tecnología de punta para el desarrollo del procedimiento, claro que también posee, infraestructura, centro de investigación y demás componentes que complementan.
	4	Pediatra: Disponibilidad presupuestal, recurso humano y sobre todo disponibilidad del personal para que se inicie la creación de cada uno de los procesos correspondientes para el funcionamiento, todo depende de cuanto será la inversión que se le dará al proyecto y que entidades apoyarán esa inversión.
	5	Administrativo: Sin lugar a duda es la capacidad y competencias del personal para trabajar bajo esta metodología, puesto que se orienta a resultados en el marco de calidad en la atención y seguridad del paciente. Es decir, la posibilidad de desarrollar las funciones bajo el enfoque de calidad total.
¿De qué manera se ha incentivado el autocuidado y empoderamiento por parte de los pacientes y que estrategias diferenciales se han planteado para los distintos grupos socioeconómicos?	1	Médico general: No ha sido impactante el tema del autocuidado, no se ha reforzado de la forma en que debería como saben dentro de los planes de nuestro proyecto lo ideal como primera instancia es realizar un funcionamiento exitoso del CEX, luego generar implementaciones y estrategias para revisar los contextos fuera del CEX de tal manera que al cumplir con los requisitos de la acreditación podamos impactar también de manera sustancial en el plan operacional para que los resultados crezcan favorablemente.
	2	Enfermera jefe: Hay que tener en cuenta que el tipo de población que atiende San José Centro está proporcionado en muchas ocasiones a los tipos de EPS que estén en convenio con nosotros, sin embargo, las capacitaciones y demás información que se le brinda al paciente respecto al autocuidado es general, no apunta a un tipo de población en específico, ni con un vocabulario en especial.
	3	Jefe Biomédica: Esto es un procedimiento alineado a los objetivos de la institución más que del CEX.
	4	Pediatra: Se dan cuando los colaboradores que están con los pacientes plantean las estrategias correspondientes que le hagan entender al paciente lo que deben realizar para sus cuidados y generar siempre los mejores resultados.
	5	Administrativo: En el marco de seguridad del paciente y calidad en la atención todas las actuaciones, procedimientos y el proceso de toma de decisiones con relación a la atención al paciente, se toman como principios rectores la prevalencia de las condiciones del paciente y en ese sentido se promueve la responsabilidad y agencia del paciente en el autocuidado basado en una interacción constante del médico con el paciente y su familia.
¿Qué experiencia o contacto cercano tiene con la formación de centros de excelencia en servicios de salud?	1	Médico general: CEX, se ha venido dando como una idea que le brinde un valor agregado al Hospital Universitario San José Infantil, ya que en el crecimiento y mejoramiento de la institución lo que se busca es darle al paciente una mejor atención con resultados exitosos. Con el plan de compactar y estandarizar la calidad de los procesos y de las patologías.
	2	Enfermera jefe: La experiencia más cercana es el Hospital Universitario de San José Infantil, ya que es desde allí que se implementan los nuevos proyectos y el tema del centro de excelencia lo ve el hospital desde la rama investigativa con el fin de que sea transferida desde el HUSJI, para nosotros y complementada en la misma alineación
	3	Jefe Biomédica: Se ha tenido contacto con varias entidades que a nivel nacional e internacional han generado. Las experiencias con CEX se han dado a nivel internacional en New York, El Doctor Jorge Torres tuvo la oportunidad de trabajar de la mano con una institución acreditada en el exterior, compartiendo sus experiencias en traumas, que complementan las metodologías que se han venido desarrollando en el hospital

	4	Pediatra. Desde que se comenzó el proceso de la formación del CEX, todos los posibles involucrados en este proyecto han tenido contacto con el tema, no son ajenos a este, ya que involucra toda la gestión hospitalaria y administrativa del hospital, además desde que cada uno esté en la contribución de la construcción de este, las propuestas son bienvenidas. Hemos tenido contacto con CEX desde la OES, en la Fundación Santa Fe, el proyecto que también se está formando en el Hospital de la Samaritana y otros varios que están en el proceso de generar un CEX.
	5	Administrativo: Estuve personalmente involucrado en todo el proceso desde el análisis de viabilidad hasta la implementación efectiva mediante el proceso de acreditación de Joint Commission International, por lo cual conozco las consideraciones e implicaciones de trabajar mediante esta metodología.
¿Es factible proponer un centro de excelencia como una estrategia institucional de diferenciación y como modelo de competencia con otras instituciones prestadoras de salud?	1	Médico general: Si, ya que estas especialidades incluidas dentro de un CEX le proporcionan a la Institución un valor agregado, que involucre el mejoramiento de todo el Hospital. Aquí en San José Infantil, manejamos el proyecto el CEX hace más o menos 2 años en donde hemos experimentado un mejor ambiente para el paciente y para la estructura asistencial que propone es esquema de un CEX.
	2	Enfermera Jefe: Claro, es factible proponer un CEX para cualquier Institución y aún más con el propósito de generar un valor agregado a los procesos colectivos que se llevan a cabo junto con el Hospital Universitario San José Infantil. Ya que genera ante los ojos competitivos un referente en las patologías e investigaciones sobre el engranaje de los procesos del hospital, además genera confianza en el paciente sobre la patología que se tratara.
	3	Jefe Biomédica: Claro que es factible proponerlo, la visión del Hospital está centrada y casi una estrategia organizacional para llevar al hospital a ser uno de los mejores en competitividad, enfocado a resultados clínicos, por los indicadores, la curva de aprendizaje. Un CEX es una estrategia Institucional porque lo que busca es generar una diferencia con entidades prestadoras de salud similares para tener el plus y valor agregado a nivel regional. Esto también con el fin de cumplir la visión y los objetivos del Hospital, planteados como estrategias organizacionales. ante una EPS o una contratación podamos decir que nuestra Institución tiene mejor capital Humano, procesos depurados y capital estructural.
	4	Pediatra: Todo proyecto de valor agregado al servicio del Hospital es una estrategia Institucional, para potencializar su atención y generar competencia en el sector. Esto por temas de mejoramiento continuo y de captación de usuarios para lo económico, a pesar de ser un Hospital del Estado, hay disposición de las EPS para facilitarnos en muchas ocasiones a nuestros pacientes. Pero en definitiva el CEX no es un propósito de mercado, es un propósito social, de ayuda al paciente, es misional y estratégico para lo que en realidad se encuentra de cara a nuestros servicios.
	5	Administrativo: Por supuesto, de hecho creo que es la tendencia que se va a imponer en el cuidado de la salud en los próximos diez años, ya que la prestación de servicios de salud no sólo debe obedecer a gestión de calidad, impacto medioambiental y seguridad en el trabajo, sino que debe evolucionar acreditando el trabajo mediante metodologías de máxima calidad como lo son los centros de excelencia, más que nada porque es la evolución natural del cuidado de la salud en condiciones complejas y desconocidas lo que es un imperativo para los pacientes y los sistemas de salud.
¿Cuáles aspectos o procesos consideran	1	Médico general: Como Hospital Universitario, lo que busca a partir de la investigación es generar valores agregados que potencien el hospital en el mercado. Es importante resaltar que los aspectos importantes para la formación de un

esenciales a la hora de la formación de un centro de excelencia en el proceso netamente asistencial?		CEX están en complemento con los estándares de calidad del hospital, pero con el fin de mejorar y darle un valor más a la patología de oncología que se encuentra en el hospital. La tecnología, la infraestructura y el personal especializado en cada uno de los procesos son de los aspectos más importantes para la conformación del CEX.
	2	Enfermera jefe: Bueno en nuestro hospital aún no se ha implementado un CEX, pero como estamos en constante investigación de la mano con el HUSJI, sabemos que el proyecto del CEX está en marcha y se considera en implementación para nuestro hospital. Para San José Centro los aspectos claves para la formación de un CEX serian: investigación de las patologías en las que las tecnologías del Hospital cumplan con altos estándares competitivos, estudio de mercado para diagnosticar los costos de la implementación del CEX, estudio de históricos de las patologías más captadas por el Hospital con resultados exitosos,
	3	Jefe Biomédica: Como Hospital Universitario, lo que busca a partir de la investigación es generar valores agregados que potencien el Hospital en el mercado. Es importante resaltar que los aspectos importantes para la formación de un CEX están en complemento con los estándares de calidad del hospital, pero con el fin de mejorar y darle un valor más a la patología de oncología a la que se le da tratamiento en el hospital por ser la que más se adecúa al perfil epidemiológico de la institución. La tecnología, la infraestructura y el personal especializado en cada uno de los procesos son de los aspectos más importantes para la conformación del CEX.
	4	Pediatra: Los aspectos esenciales son: Inversión; tecnología; infraestructura; recurso humano calificado; investigación; potencial en pacientes con la patología; estudios previos a la implementación del CEX; experiencias de implementación
	5	Administrativo: Son variados, pero los principales son la disposición de recursos, la estructura organizacional, la adquisición de tecnología, la competencia del personal involucrado y la financiación.
¿Cómo se puede desarrollar la medición del desempeño clínico en un CEX?	1	Médico general: Resultados del proceso en el paciente, gracias a indicadores tales como: Satisfacción del paciente, tiempo de recuperación del paciente, aceptación de los procedimientos en los pacientes, satisfacción de la familia con el procedimiento, entre otros.
	2	Enfermera jefe: La medición del desempeño clínico en el hospital es estructurada por auditorias y evaluaciones realizadas desde el área de calidad y aplicadas en cada colaborador dentro de cada proceso. Para el caso del CEX, es importante validar los resultados mediante procesos excelentes que le brinden al paciente la seguridad que requiera para el éxito de cualquier desarrollo a las patologías.
	3	Jefe Biomédica: A través de los indicadores, y vamos a ver las mediciones para calcular la rentabilidad de nuestros procesos. Esto implica unos cambios, cambios que generen proyecciones positivas y alineadas a la Institución. Como, por ejemplo: eficiencia en la atención referente al tiempo para el paciente, reintervención, éxito en la operación, insumos con estándares altos de calidad.
	4	Pediatra: A través de indicadores de gestión, como, por ejemplo: Índice de Readmisiones no programadas al servicio de hospitalización, por la misma causa, antes de 20 días. Índice de reconsultas no programadas al servicio de consulta externa, por la misma causa, antes de 7 días. Índice de reintervenciones quirúrgicas no programadas. Índice de Mortalidad Ajustado por Riesgo (IMAR)

	5	Administrativo: Este tema es sin duda la respuesta al pilar de excelentes resultados que soporta la metodología del CEX. Se debe montar toda una estructura de seguimiento mediante la definición de indicadores de desempeño y resultado que permitan el diagnóstico preciso de la evolución de los centros de excelencia.
¿Cómo sujetaría los indicadores de resultados clínicos para un CEX?	1	Médico general: Los indicadores de medición del CEX están de la mano a los indicadores de medición del departamento asistencial, todo con el fin de estandarizar y garantizar un movimiento colectivo dentro del hospital, así que estos indicadores son derivados de todo el proceso asistencial que maneja la institución. Por ende, se replican con un plus para el CEX
	2	Enfermera Jefe: En el plan estratégico Institucional, el hospital se ve en la obligación de generar indicadores en donde se mida las competencias en cada proceso, con el fin de realizar expectativas, corregir y ajustar cualquier anomalía que ocurra en las actividades que se realizan día a día; aunque es muy importante hacer las mediciones correspondientes respecto a los indicadores, también es importante realizar las retroalimentaciones de estas mediciones para engranarlas a la seguridad del paciente
	3	Jefe Biomédica: A través de las mediciones de procesos de mejora continua, de ser disciplinados, con los planes para mitigar los riesgos, que lo que en realidad pretende es la satisfacción del paciente.
	4	Pediatra: Es claro que los indicadores clínicos respecto a la patología se ha de tratar sumando los resultados clínicos de todo el hospital, ya que esto se promueve como estrategia para darle un nivel de potencialización al hospital con el fin de concentrar su competencia en resultados clínicos exitosos.
	5	Administrativo: En el sentido de diferenciar organizacionalmente al CEX asimismo sus procesos de gestión deben diferenciarse en un esquema propio y permanente de seguimiento que se inserte en el modelo general de gestión del centro de excelencia, de manera que para propósitos de seguimiento, medición, análisis y evaluación asociados con la gestión de la calidad sea precisa y veraz la información para permitir la retroalimentación constante dirigida a otro fundamento de la calidad que es el mejoramiento continuo.
¿Considera que cada centro de atención debe desarrollar un modelo propio para la conformación de un Centro de Excelencia?	1	Médico general: No necesariamente, yo creo que el modelo del centro de excelencia debe ser similar al modelo Institucional y que el CEX debe acoplarse a este modelo con el valor agregado que merece, es decir que el modelo debe tener estrategias de mejora que le ayuden a cumplir el objetivo de excelente, seria generar reproceso si planteamos la idea de hacer otro modelo, está visto que el modelo del Infantil es sostenible y sustentable, simplemente es incluir en el plan del CEX dentro de este modelo.
	2	Enfermera jefe: Cada institución maneja diferentes metodologías para el desarrollo de cualquier implementación en la institución, hemos dicho que siempre habrá unos parámetros que dan las pautas, y guías que permiten realizar un modelamiento individual para cada proceso, el CEX no es ajeno a esta interpretación es decir ya hay una parametrización para la creación de un CEX pero las necesidades y el cómo ajusto estos parámetros a mi institución depende de lo que yo quiera plantear en dicho CEX.
	3	Jefe Biomédica: Los modelos son independientes a cada institución esto tiene un propósito independiente, obviamente el modelo que tenemos en el CEX va alineado con el modelo Institucional, pero es más importante el planteamiento y orientación Institucional y como este se alinea con el modelo del CEX.

	4	Pediatra: No, debe ser generalmente competente para cada sector socio – demográfico esto con el fin de sensibilizar a la sociedad que no importa el estrato social del paciente sino lo que importa es generar buenos resultados en pro a la salud del paciente.
	5	Administrativo: Pienso que por cuestiones de gestión y fundamentado en los principios de bajos costos, elevadas prestaciones y excelentes resultados, el CEX demanda su propia asignación de recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros, lo que implica una estructura organizacional propia en el interior del hospital.
¿Cuál considera que fue el mayor obstáculo o dificultad para construir CEX?	1	Médico general: La investigación, nosotros sabemos que nuestro centro de excelencia está desarrollado bajo una patología, con alta fluidez en el Hospital y también con buenos resultados, pero en el fondo, encontrar el por qué, para qué y de donde es lo complejo, por lo cual el tema documental ha sido una barrera fuerte, ya que la investigación es larga y requiere de bastante tiempo. El tema de capacitaciones con la OES y su asesoría también ha generado también un tema arduo trabajo de investigación.
	2	Enfermera jefe: Aunque no se ha concretado el CEX, se considera como la principal dificultad el aspecto presupuestal y el desarrollo de personal competente.
	3	Jefe Biomédica: Fue en su momento la inversión protocolaria para tener la mejor tecnología, otro punto que no está a nuestro favor es el tema de las capacitaciones constantes a las enfermeras que nos colaboran el piso, ya que ellas están en constante cambio, pero a grandes rasgos la inversión ha sido nuestro mayor impedimento
	4	Pediatra: La mayor dificultad fue el presupuesto inicial para el proyecto, además de que para la realización del documento y todos los estudios previos el tiempo no fue el mejor aliado, cancerológico ha tratado de generar todo el proyecto con los recursos proporcionados, pero con la conciencia de que se deben realizar las mejores inversiones para cumplir con los requisitos y el objetivo que el CEX.
	5	Administrativo: En realidad, hay varios asuntos complejos de abordar en la implementación de un CEX entre los que se cuentan los recursos financieros, la organización del centro y la capacitación apropiada del recurso humano que lo va a operar, puesto que las exigencias de calidad son amplias basadas en los requerimientos normativos y de desempeño definidos por el propio hospital.
¿Cuáles considera son las principales barreras o dificultades existentes en la creación de un centro de excelencia en nuestro contexto social y político actual?	1	Médico general: Hay varios puntos importantes, uno de ellos es la acreditación por la Joint Commission International, la adecuación de la infraestructura, la inversión en tecnológica y la capacitación al personal. Una de las más difíciles que aun en nuestro proceso no se ha logrado, es la integración de las áreas y departamentos del resto de la Institución con el CEX.
	2	Enfermera Jefe: Son varios, la acreditación por la Joint Commission International, el tiempo en la creación del CEX, el personal capacitado para intervenir solo y exclusivamente en la implementación del CEX, el proceso de investigación éxito en los resultados, la medición de patologías; lo anterior con respecto al tema Institucional, respecto al tema social, se plantean las barreras de inversiones, impacto en los pacientes, la importancia de la patología a atender para mejores resultados, posicionamiento de la institución.
	3	Jefe Biomédica: La Inversión, nosotros dependemos lamentablemente de los entes políticos del país, del Gobernador, de los poderes gubernamentales que intervienen en las decisiones sociales del país. Además, las Instituciones y buscan tener resultados sin realizar inversión

	4	Pediatra: Las barreras son lo económico; el desarrollo tecnológico; la falta de investigación; la no capacitación del personal involucrado en el proceso; el poco interés de mejora de las entidades que nos rigen.
	5	Administrativo: La principal barrera asociada con el entorno se relaciona con el logro de la certificación que es otorgada por una tercera parte, la Joint Commission International y la capacitación del personal que también requiere participación externa.
¿Cómo ha realizado el proceso de estandarización en gestión del riesgo y en las actividades para mejorar el valor en salud?	1	Médico general: El tema de investigación está sujeto a las guías de prácticas, protocolos y procedimientos, es de entender que ya hay unos documentos dirigidos a cada departamento institucional, crear los de CEX se realizan con los soportes, sin perder la linealidad con los procedimientos que se realizan a nivel de la organización, todo aplicado a resultados altos en la atención y recuperación del paciente.
	2	Enfermera jefe: Este proceso en donde se involucra todas las áreas asistenciales donde estamos involucrados con el paciente, el Hospital tiene por estrategia institucional, unas guías de práctica, protocolos y demás que permiten realizar los procedimientos a cualquier paciente con seguridad del riesgo, aplicando el enfoque de brindar un excelente servicio al paciente y sobre todo dándole a entender que el es la prioridad en el hospital.
	3	Jefe Biomédica: Todo ha sido un proceso investigativo, además que hay algunos elementos Institucionales que son fundamentales para que las guías y protocolos del CEX. Todo con un fin en particular, que es obtener excelentes resultados clínicos.
	4	Pediatra: El proceso de estandarización no se ha podido realizar de la manera más oportuna, ya que como estamos en la implementación del proyecto el tema de generalizarlo no ha sido fácil. Pero siempre se ha dado todo el material generado a través de la investigación a todos los colaboradores
	5	Administrativo: El pensamiento basado en riesgo está insertado en el sistema de gestión de la calidad del hospital, por lo cual el CEX opera alineado con dicho sistema, pero es necesario recordar que la Joint Commission International tiene un capítulo dedicado a la gestión de la calidad, lo que implica que es su fundamento y se sobreentiende la gestión de calidad que es concebida en el enfoque de pensamiento basado en riesgo.

Fuente: Elaboración propia.

7.2 Benchmarking HUS – Fundación Santa Fe.

A continuación, se presenta la relación entre los hospitales universitarios de La Samaritana y la Fundación Santa Fe, para aproximarse de mejor forma su composición y orientaciones estratégicas, para extraer elementos de diferenciación que permitan una comparación adecuada, donde se identifiquen las mejores prácticas realizadas (Contreras & Matos, 2015).

Tabla 15 Descripción organizacional Fundación Santa Fe.

Categoría	Descripción
Fecha de sesiones	17 al 19 de septiembre de 2019.
Organización	Fundación Santa Fe
Ubicación	Bogotá D.C.
Fundación	Noviembre 02 de 1972 – 38 años
Capacidad	205 camas 13 salas de cirugía 27 camas de cuidado intensivo 14 camas en cuidado intermedio Unidad renal
Empleados	1.400 empleados directos
Objetivos	➢ Ser líder en la prestación de servicios de salud, que promueve y aporta al desarrollo del sector salud en el país. ➢ Poner al servicio de todas las personas la más alta calidad ética, humana, científica y tecnológica. ➢ Construir un hospital al mejor estilo de los norteamericanos, con médicos especializados en Estados Unidos y con el mejor equipamiento tecnológico.
Plan estratégico	Misión Jalonar e impactar positivamente el sector de la salud para contribuir al bienestar de las personas y las comunidades.
	Visión Para 2022 marcar hitos en América Latina en bienestar y responsabilidad social, a través de modelos que se conviertan en paradigmas para mejorar la salud de los individuos y las comunidades.
	Política de Calidad Centrada en el paciente. Se tiene un compromiso con la excelencia que hace énfasis en la seguridad en la atención. Por lo tanto, se trabaja en el mejoramiento continuo de los procesos organizacionales.
	Valores Honestidad, excelencia, carácter.
	Principios Respeto, responsabilidad, creatividad, compromiso.
Enfoque organizacional	➢ Es una organización privada, sin dueños y accionistas, que reinvierte las utilidades en el desarrollo de su equipo humano, la infraestructura física y tecnológica, con viabilidad financiera. ➢ Una de las instituciones de salud más moderna del país, que cuenta con un equipo humano de gran calidad científica y humana, en permanente innovación y constante transformación

Categoría	Descripción
Fecha de sesiones	17 al 19 de septiembre de 2019.
	➢ Un enfoque organizacional comprometido con la calidad y cuyo horizonte es uno solo: Excelencia en Todos los Procesos. ➢ Son reconocidos por ser líderes en seguridad del paciente y pioneros en aplicaciones tecnológicas en el campo de la salud: Galardón Hospital Seguro.
Servicios	Anestesiología; cuidado perioperatorio y medicina del dolor; cardiología, cirugía, dermatología, endocrinología, enfermería, gastroenterología, genética médica, geriatría, ginecología, obstetricia y reproducción humana, infectología, medicina crítica y cuidado intensivo, medicina interna, nefrología, neumología, neurocirugía, neurología, nutrición, oftalmología, oncología, ortopedia y traumatología, otorrinolaringología, pediatría y adolescencia, rehabilitación física, reumatología, salud mental, salud oral, trasplantes, urgencias, urología **Servicios de Telemedicina** (Minsalud, 2014)**.** **Servicios de diagnóstico** ➢ Patología y laboratorio clínico, Anatomía patológica ➢ Imágenes diagnósticas, PET - Medicina Nuclear **Servicios integrales** Vida activa, Chequeo ejecutivo **Clínicas especializadas** Clínica de Anticoagulación, Clínica de Diabetes e Hipertensión Clínica de Epilepsia, Clínica de Heridas, Clínica de Obesidad Clínicas Urológicas, Clínica de Cuidado Paliativo, Clínica del Seno **Centros Ambulatorios** Centro Gustavo Escallón Cayzedo. Madrid, Cundinamarca Educación al Paciente y su Familia Programa
Cultura Organizacional	➢ La FSF es una entidad de servicio comprometida con la salud y la calidad de vida del ser humano. ➢ Ética, integridad y transparencia son fundamentales en todos los actos. ➢ Trabajar con profesionalismo, buscando de manera permanente la excelencia. ➢ La importancia de la innovación y la generación de conocimiento. ➢ Cuenta con una gestión humana, que tiene por objetivo operativizar al interior de la organización la optimización del recurso humano, a través del cual se alcanzarán los objetivos del plan estratégico de calidad.

Fuente: Elaboración propia basada en Guerrero y Ruiz (2013).

7.2.1 Centros de excelencia acreditados de Fundación Santa Fe.

La diferencia más importante que se encuentra entre el HUS y la Fundación Santa Fe es que la última cuenta con varios centros de excelencia acreditados y en funcionamiento, lo cual diferencia y muestra un nivel de superioridad frente al HUS, donde se está en el proceso de formación y acreditación de CEX. Los centros de excelencia de la Fundación Santa Fe, acreditados por la Joint Commission International, son los siguientes:

Tabla 16 Centros de excelencia Fundación Santa Fe certificados por JCI.

Año	CEX
2013	Programa en reemplazos articulares.
2015	➢ Programa de neoplasias del peritoneo. ➢ Trasplante hepático.
2016	➢ Programas en ataque cerebrovascular. ➢ Programa de canal lumbar estrecho. ➢ Recertificó los centros de cuidado clínico en reemplazos articulares de cadera, rodilla y hombro.
2017	➢ Centro de hidrocefalia con presión normal ➢ Programa de artritis reumatoide
2018	Programa de ortogeriatría

Fuente: Tomado de Fundación Santa Fe (2019).

Hay que señalar que la Fundación Santa Fe, está rankeada como la segunda institución a nivel mundial en tener más centros de excelencia certificados y la primera en Colombia.

7.2.2 Identificación del Benchmark.

La identificación de las mejores prácticas de una institución de alta calidad a nivel mundial como la Fundación Santa Fe, es un referente adecuado y cercano para la comparación y sugerencia de adopción de estructuras, enfoques, practicas, actividades o relaciones organizacionales que hagan del HUS, un escenario adecuado para la implementación de CEX. Estos enfoques se encuentran estrechamente relacionados con la gestión de la calidad, al punto que para la Joint Commission International, el modelo de la gestión de calidad es requisito. Los resultados de las mejores prácticas que son ejecutadas por la Fundación Santa Fe, las cuales marcan una diferenciación con el HUS, son las siguientes:

Tabla 17 Mejores prácticas identificadas Benchmark con Fundación Santa Fe.

Dimensión	Práctica asociada
Recurso humano	➢ Equipo humano de alta calidad científica y humana. ➢ Médicos especializados en el exterior.

Dimensión	Práctica asociada
	➢ Inversión en capacitación del recurso humano para manejar tecnologías y competir con comunidades científicas extranjeras.
Procesos	Mejoramiento continuo de procesos organizacionales
Gestión del conocimiento	➢ Permanente innovación y transformación del recurso humano. ➢ Generación constante de conocimiento
Recurso tecnológico	➢ Mejor equipamiento tecnológico. ➢ Fundamento del plan estratégico de calidad de la organización.
Cultura organizacional	➢ Elevada participación del recurso humano en la consolidación de la cultura organizacional ➢ Integración en la cultura colombiana, del concepto innovador de salud, desde la prevención y la percepción de calidad de vida.

Fuente: Elaboración propia basada en estudio de Guerrero y Ruiz (2013).

La anterior tabla, muestra con claridad unos factores de diferenciación innovadores, que se enmarcan en cinco dimensiones (recurso humano, procesos, gestión del conocimiento, recurso tecnológico y cultura organizacional). Como resultado, se obtienen prácticas en varias dimensiones en las que se ubican las ventajas comparativas de la Fundación Santa Fe, que son claramente identificables y demuestran por qué están en capacidad de acreditarse en múltiples CEX. Desde luego esto no quiere decir que el HUS, esté en una posición comprometida, pero si es claro que debe aprender de esta comparación para destacar igual que lo hace este hospital universitario.

Aunque ambas instituciones son reconocidas en el sector por el portafolio de servicios que ofrecen, la Fundación Santa Fe, ha evolucionado un escalón más en la especialización de la atención con óptima calidad y resultados. Esto les ha permitido, aparte de ser de los más prestigiosos centros de prestación de servicios de salud en el país, proyectar una cultura empresarial sólida y una proyección en sus operaciones y *core* competencias, puesto que ha desarrollado un entorno con participantes, estructuras, procedimientos, relaciones y jerarquías favorables a los más altos estándares de calidad.

En una inspección más cercana, el ordenamiento y enfoque de cada una de estas organizaciones, se observa un criterio diferenciador, definido por el funcionamiento del recurso humano como promotor y gestor de desempeño óptimo que diferencia la cultura organizacional. Entonces se configuran nuevos paradigmas y arquetipos, como por ejemplo los conceptos de empleado y trabajador; concebidos como el activo más importante de ambas organizaciones, aunque sea más identificable en la Fundación Santa Fe. De lo anterior se desprende la importancia que tiene el área de talento humano combinado con gestión del conocimiento en las organizaciones actuales. Ahí radica la esencia y la garantía de éxito organizacional.

7.2.3 Trabajo de campo complementario.

Como parte del proceso de investigación se realizó el perfilamiento y estudio de la estructura organizacional de hospitales destacados y acreditados por la Joint Commission International, en el caso del hospital de Medellín Pablo Tobón Uribe o de hospitales en proceso de acreditación pero que son en sí mismos centros de excelencia por prestar servicios de una sola especialidad como el Instituto Nacional de Cancerología. A pesar de haber sido estudiados no se incluyeron por insuficiencia de evidencias al contrastar con el Hospital Universitario de La Samaritana (HUS).

En el caso del hospital Pablo Tobón Uribe, no se encontraron referentes estratégicos o asistenciales diferenciados de lo definido en el HUS, por lo cual se decidió no incluirlo en el desarrollo final del documento. Ahora bien, en el caso del Instituto Nacional de Cancerología el proceso de acreditación por la Joint Commission International está en curso por lo cual la referenciación no arrojaría resultados destacados, precisos y apreciables por lo cual se decidió no incluirlo en el documento final.

No obstante, es destacable que haya hospitales en proceso de certificación por la Joint Commission International en el sector público puesto que eleva las competencias y capacidades organizacionales de los componentes del Sistema Nacional de Salud, lo que termina beneficiando directamente a la población objetivo de las prestaciones, mejorando los indicadores de salud pública.

CAPÍTULO 8

RESULTADOS Y PROPUESTA.

El producto de la realización del ejercicio que supone este proyecto se relaciona a continuación. Incluye la disertación sobre los fundamentos de la propuesta recogidos mediante la recolección de información en fuentes primarias y secundarias y la forma en que se debe conducir la articulación. El capítulo finaliza con el planteamiento de la propuesta conceptual para la gestión de calidad para CEX en el Hospital Universitario de La Samaritana.

8.1 Propuesta conceptual de gestión de la calidad para el HUS.

En primer lugar, es necesario señalar que como IPS el desarrollo de sus procesos misionales se fundamenta en los principios de seguridad del paciente y calidad en la atención. Se trata de un hospital universitario es decir que su funcionamiento se enmarca en la Responsabilidad Social Universitaria (RSU) más precisamente en los ámbitos de gestión, formación (docencia), investigación y extensión (proyección social). Por su parte el CEX tiene su esencia en la prestación de servicios de salud con la mejor calidad, es decir con el cumplimiento de los requerimientos de tipo regulatorio, organizacional y los de los pacientes, todos relacionados con la atención médica.

Cuando en la realidad de los hospitales confluyen los factores suficientes y apropiados es plausible la implementación de un CEX. En el caso del HUS convergen niveles adecuados de recursos humanos, técnicos, tecnológicos y financieros; aparte de capacidad competitiva; financiación suficiente y tecnología. Ahora bien, el CEX es una metodología asistencial de excepcional calidad en la prestación de servicios de salud y asimismo la calidad es uno de los objetivos que persigue el HUS. Pero ¿Por qué es estratégico el CEX para el HUS? La respuesta se halla en que la planificación estratégica del hospital dice que su organización se cimentará en centros de excelencia, siendo una de sus finalidades. Los CEX constituyen la unidad organizacional y funcional en la que se destinan recursos humanos, físicos, técnicos, tecnológicos y financieros de forma sostenida en el tiempo, dirigidos a lograr los objetivos estratégicos de la organización satisfaciendo la demanda de prestación de servicios de salud de los pacientes de Cundinamarca. Esa es la esencia y la trascendencia estratégica de un CEX.

Hay una clara correspondencia entre centros de excelencia y competitividad y productividad, los cuales son beneficios y desarrollos estratégicos para el hospital. Esto significa que como institución del sector público no sólo permite a la red hospitalaria departamental el desarrollo del programa de excepcional calidad, sino que dota al Sistema Nacional de Salud de competencias,

destacándose y afectando de manera positiva el desempeño clínico global. Esto, en especial en un sistema hospitalario endeble como el colombiano. Sin embargo, como se puede apreciar hay un posicionamiento del hospital que se ha trabajado progresivamente a lo largo de su historia al agregar más especialidades y actualizar los procedimientos y la tecnología, pero más recientemente con la implantación del sistema de gestión de la calidad y la acreditación en el SOGCS. Estos son enfoques estratégicos porque coadyuvan el logro de los objetivos trazados por la institución que se logran especialmente a través de CEX acreditados mediante el programa de Joint Commission International que colocan a la entidad a la vanguardia de la competitividad y productividad, posicionándolo a nivel internacional. Es decir hay una estructura organizacional y desempeño superior indiscutible.

Como se vio anteriormente, el hospital tiene certificado un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) y está acreditado por las autoridades sanitarias en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) lo cual quiere decir que tiene experiencia en el funcionamiento por procesos y utilización de herramientas de gestión que permiten la conformidad de la prestación de los servicios con los requisitos regulatorios del sector salud y los requisitos de los pacientes y sus familias, que se resumen básicamente en la recuperación efectiva de las condiciones de salud. La calidad es estratégica, como lo demuestra la acreditación del HUS en SOGCS puesto que permite desarrollar el direccionamiento estratégico de la organización. También hay una experiencia en la gestión documental, el pensamiento basado en riesgos, el enfoque por procesos y el mejoramiento continuo a partir de sus acreditaciones; experiencia que se ve reforzada con sus disposiciones internas como las auditorías y revisiones institucionales de la prestación de los servicios y el funcionamiento organizacional.

Una vez explicado el soporte teórico – administrativo del CEX, sabiendo que es un programa de atención multidisciplinar se puede abordar con mayor claridad sus fundamentos. Como se ha reiterado en este documento, los fundamentos de la gestión de calidad de los CEX son numerosas prestaciones, los bajos costos y una curva de aprendizaje soportada en excelentes resultados. Las numerosas prestaciones permiten la cobertura de una población significativa como la de Cundinamarca (2 millones de habitantes) que podrán acceder a los servicios en caso de requerirlo pues se cuenta con los recursos y demás capacidades organizacionales para absorber una gran cantidad de pacientes.

En consecuencia, si existe la capacidad de prestar servicios de salud de la especialidad del CEX en grandes cantidades, los costos unitarios se reducirán por factores como la mayor competencia

de los operadores y la efectividad de la tecnología aplicada. Por último, si se prestan servicios con los mejores recursos humanos y tecnológicos habrá una convergencia de factores que se exteriorizan en mejores promedios de recuperación de condiciones de salud de los pacientes y eso redundará en adquisición de mayores competencias del personal para la prestación de los servicios de la especialidad mejorando el rendimiento clínico y beneficiando los pacientes y sus familias, razones de ser del hospital. La seguridad del paciente implica el pensamiento basado en riesgos, la gestión de un CEX implica el desarrollo de un enfoque por procesos con soporte documental y la optimización de resultados implica el mejoramiento continuo. Bajo estas consideraciones se comprende porque el CEX debe operar y requiere funcionar bajo lineamientos de calidad.

El CEX se concibe como un proceso por lo cual se han definido unas entradas compuestas por:

- ✓ Necesidades de pacientes y familias.
- ✓ Operadores de equipamiento médico.
- ✓ Facultades universidades.
- ✓ Autoridades sanitarias.
- ✓ Personal administrativo y de servicios.
- ✓ Comunidad en general.
- ✓ Medioambiente.

A su vez, cuando inicia el funcionamiento del CEX con base en necesidades de atención en la especialidad por parte de los pacientes, se producen múltiples salidas que dan cuenta de la importancia de la atención mediante esta metodología:

- ✓ Experiencia satisfactoria en la recuperación de salud del paciente y su familia.
- ✓ Mejores condiciones operativas para el personal del HUS.
- ✓ Eficiencia, eficacia y efectividad.
- ✓ Mejor formación de internos y residentes.
- ✓ Aportes a la especialidad mediante la investigación.
- ✓ Aporte estratégico al HUS.
- ✓ Operación efectiva CEX.
- ✓ Impacto socioeconómico en las comunidades.

El hecho de que haya mayores salidas que entradas muestra una vez más los beneficios de operar bajo una estructura de un CEX beneficiando a todos los involucrados. Una vez explicados los

fundamentos de la propuesta que son definidos a partir de la determinación de los requisitos, lógicas, características, componentes e implicaciones, una información procedente de la realización de los ejercicios de entrevista semiestructurada, grupo focal y referenciación competitiva (benchmarking), se pueden abordar en profundidad los aportes más concretos y operativos relativos a la lógica de un CEX para el Hospital Universitario de La Samaritana, suministrados por los expertos participantes de las actividades metodológicas del estudio.

Con los ejercicios metodológicos planteados quedó en evidencia que las propuestas de gestión deben ser concebidas, diseñadas y alineadas con el ordenamiento y plataforma estratégica de la institución, como ocurre en el HUS. Esto significa un trabajo de medición de las competencias en cada proceso y de las retroalimentaciones, siendo mecanismos por medio de los cuales se gestiona el mejoramiento continuo. Respecto de contar con un modelo de gestión propio de CEX, las opiniones estuvieron divididas, pues según las respuestas al parecer el modelo depende de la naturaleza del centro hospitalario y de la especialidad que se quiera implementar, aunque es claro que influye el contexto En todo caso, lo importante es que el CEX sea sostenible y sustentable.

En línea con un proceso de indagación sistemática, se cuestionó sobre el mayor obstáculo para la construcción del CEX, ante lo que se respondió atípicamente que era la investigación previa porque define qué tipo de CEX se va a implementar, es decir definir el por qué y para qué; donde es muy importante la gestión documental, así como la organización del centro para que sea exitoso el proceso. De la misma manera y como se esperaba se señalaron los aspectos económicos como la inversión, el presupuesto inicial y las capacitaciones constantes del personal. También se destaca la respuesta sobre el complejo proceso de acreditación de la JCI y por último el desarrollo tecnológico y el poco interés de mejora de las entidades regulatorias.

Los expertos consultados mediante los instrumentos de recolección de información (médico general, enfermera jefe, jefe biomédica, pediatra, administrativo citados en la tabla 14) coincidieron en señalar los criterios bajo los cuales es posible implementar un modelo de atención basado en un CEX. En esencia se trata de conveniencia y eficacia, pero se desagrega en más consideraciones como:

- ✓ Necesidades y beneficios.
- ✓ La existencia de un proceso de investigación.
- ✓ Investigaciones patológicas que definen cuál especialidad es posible de tratar por el programa.
- ✓ Se plantea el CEX con base en la especialidad más rentable de la IPS.

- ✓ Una tecnología adecuada a disposición de la IPS es fundamental.
- ✓ El personal con competencias resulta fundamental.
- ✓ Estudios de mercado validan la especialidad del CEX.
- ✓ La infraestructura y el estado del hospital son consideraciones imprescindibles.
- ✓ La inversión para el proyecto es un factor de importancia superior.
- ✓ La incorporación institucional permite su funcionalidad.
- ✓ El impacto social y laboral debe ser medido.
- ✓ La competitividad institucional permitirá el funcionamiento del CEX con calidad excepcional.

En cuanto al elemento más importante del CEX, se coincidió en señalar que sólo será operativo si existe el conocimiento profesional, técnico y organizacional que permita el tratamiento de los padecimientos del paciente y su familia acorde a criterios de eficiencia, eficacia y efectividad. En línea con la importancia que reviste la prestación de servicios de salud en el marco de la proyección social (extensión) de la RSU que define al CEX del HUS, es fundamental considerar el impacto en el medio, la seguridad del paciente, la reacción social y el posicionamiento competitivo. Por su parte, y atendiendo a una perspectiva operacional o misional sobre el CEX, los expertos señalaron repetidamente que la tecnología es esencial para el CEX. Por último, los expertos consideraron que el tema de la disponibilidad presupuestal es el factor que permite la implantación pues se requieren inversiones iniciales considerables.

Se podría decir que las preguntas fueron la convergencia de perspectivas en torno a los elementos fundamentales del CEX, así de nuevo aparecen repetidas algunas categorías relacionadas con las medidas para mejorar la experiencia de los pacientes. En este punto fueron muy importantes los recursos como la infraestructura, el equipamiento tecnológico, la atención con calidad, la investigación y la capacitación al personal. Asimismo, se indicó que todas las medidas de los CEX van dirigidas a la seguridad del paciente que es uno de los fundamentos de la prestación de los servicios con calidad en un CEX. Sin embargo, entre esas medidas se destaca el reconocimiento externo por una tercera parte relativo al proceso de atención acreditado por JCI y los estándares de calidad derivados del proceso aunados a los requisitos regulatorios y las disposiciones organizacionales en la materia. Por último, bajo la perspectiva de interacción, coordinación y sinergia que implica trabajar con un programa CEX, la comunicación constante entre personal sanitario y el paciente tomando en cuenta la familia también se reseñan como aspectos esenciales.

Ahora bien, desde luego que los CEX tienen su finalidad en la recuperación de las condiciones de salud del paciente y su familia por lo cual están inmersos en una dimensión social, sin embargo, organizar un centro hospitalario estratégicamente a partir de CEX también implica la creación de un modelo de negocio donde toman relevancia y se vuelven cruciales los aspectos organizacionales y administrativos. Esta es la explicación del por qué los entrevistados contestaron repetidamente que los CEX son en efecto estrategias diferenciales que optimizan las ventajas competitivas de las organizaciones, lo que se replica en un funcionamiento exitoso. Asimismo, se torna crucial la gestión por competencias del hospital puesto que hay una curva de aprendizaje con excelentes resultados indicando que las capacitaciones al personal son también estrategias de diferenciación que llevan al éxito organizacional a partir de la prestación de servicios de salud de calidad. En el caso del HUS, la relación entre estrategia y modelo de negocios viene determinada por la alineación de los objetivos estratégicos del HUS con la concepción de CEX.

Luego, el CEX es una estrategia de diferenciación que genera valor agregado para las comunidades sirviendo como modelo de competencia. Un escenario de competencia en el sector salud como lo indicaron fuentes (Porter, 2010) citadas en este estudio, está relacionado directamente con la calidad. La generación de valor agregado permite convertirse en referente en tratamiento de patologías e investigaciones en la especialidad abordada (trauma raquimedular). Es valor agregado respaldado siempre por evidencia científica no se queda en la institución, sino que se traslada al paciente y su familia. Uno de los participantes señaló tajantemente que pese a estas consideraciones organizacionales y de gestión la finalidad de los hospitales no es el mercado sino la comunidad en donde se inserta.

La repetición de algunos patrones en las respuestas se notó al analizar las respuestas en torno a aspectos o procesos esenciales en la formación de un CEX. En primer lugar, se reiteró el complemento que debe haber entre los estándares de calidad del hospital con el fin de mejorar la atención en la especialidad del CEX. Asimismo, se regresó sobre la aproximación de la importancia de la tecnología, infraestructura y personal especializado. Y se destacaron algunas justificaciones sobre la trascendencia de la investigación de las patologías, los estudios de mercado, los históricos de las patologías y la generación de valor agregado.

En su mayoría, los expertos reseñaron que tenían una experiencia o contacto cercano con la formación del CEX, ya sea por la implantación en sus propias organizacionales, las relaciones y referencias con organizaciones del nivel nacional e internacional (OES y JCI) y así no formaran al

momento de la realización del ejercicio parte del CEX. Dejaron en claro que la creación del CEX involucra toda la gestión hospitalaria y administrativa de la IPS. Respecto de un aspecto más operativo se abordó el importante asunto de la medición de desempeño clínico que se relaciona con requisitos de los Sistemas de Gestión de Calidad ISO 9001:2015 referido al seguimiento, medición y evaluación que a su vez permite gestionar el mejoramiento continuo una finalidad de gestión de calidad. Los indicadores enunciados fueron definidos como indicadores sobre el proceso del paciente:

- ✓ Recuperación
- ✓ Satisfacción del paciente y su familia
- ✓ Aceptación de los procedimientos
- ✓ Rentabilidad de procesos
- ✓ Readmisiones
- ✓ Reconsultas
- ✓ Índice de mortalidad ajustado por riesgo.

Esos indicadores hacen parte de la estructura organizacional destinada al mejoramiento continuo que se realiza mediante auditorías, revisiones por la dirección y evaluaciones del área de calidad. Por otra parte, en relación también con aspectos operacionales, se indagó sobre la gestión del riesgo, que se maneja por medio de prácticas, protocolos y procedimientos soportados en evidencia científica sobre su fiabilidad en el tratamiento de los pacientes, es decir se regresa sobre los puntos esenciales de la calidad en la salud relativos a la seguridad del paciente y calidad en la atención. No obstante, se manifestó que es un aspecto muy complicado de realizar por la magnitud y especialización de materiales e insumos utilizados en los procedimientos.

Finalmente, se preguntó sobre si los hospitales toman referentes de los procesos de construcción del CEX para construir a partir de la experiencia de instituciones similares, a lo que se respondió mayoritariamente que si se referenciaron con la mayoría de casos en la Fundación Santa Fe que constituye una experiencia exitosa en implantación de CEX no sólo en Colombia sino a nivel mundial.

8.2 Articulación propuesta conceptual para la gestión de calidad – CEX.

Se indagó sobre la fragmentación del servicio que implica coordinar especialidades médicas diferentes con personal de diversos departamentos o direcciones aparte de tener unidad de concepto en el tratamiento. Se respondió que es un proceso complejo que se realiza mediante soportes documentales y la difusión del CEX mediante información, formación y capacitación. Uno de los hospitales señaló que con el CEX se reduce la fragmentación en un 30 – 40% porque mejora los

tiempos de atención como la eficiencia y eficacia. Esta es una forma en la que mejora la calidad en la prestación del servicio por la disminución de los procedimientos y el incremento de su efectividad. También se describió que el CEX permite la atención rápida y de calidad sin reprocesos mejorando el rendimiento del centro y de paso la experiencia de recuperación del paciente y su familia.

En suma, se debe procurar el suministro de una experiencia (más allá de un servicio) con el CEX, donde el paciente tenga una vivencia positiva de una forma creativa en relación con la restauración de sus condiciones de salud (Londoño, 2014). Esto condujo al interrogante sobre ¿Cómo mejorar la resiliencia organizacional? (Romo & Márquez, 2014) es decir, la capacidad de los centros hospitalarios de sobreponerse a sus obstáculos y avanzar en un sentido catártico. Sobre lo cual se definió que se activa mediante:

- ✓ La formación y actualización permanente del personal académico y administrativo.
- ✓ La formación integral del interno y residente.
- ✓ La promoción y el fortalecimiento de la vinculación con el entorno social en el ámbito regional.
- ✓ La gestión de comunicación organizacional.
- ✓ El aseguramiento de la calidad de la administración.
- ✓ La comunicación interna eficiente, clara y expedita.
- ✓ Creando un hospital ambientalmente sostenible.
- ✓ Mejoramiento de equipamiento tecnológico y de infraestructura.
- ✓ Incorporación de TIC.
- ✓ Humanización, seguridad, transparencia y calidad.
- ✓ Auditoría interna y externa.

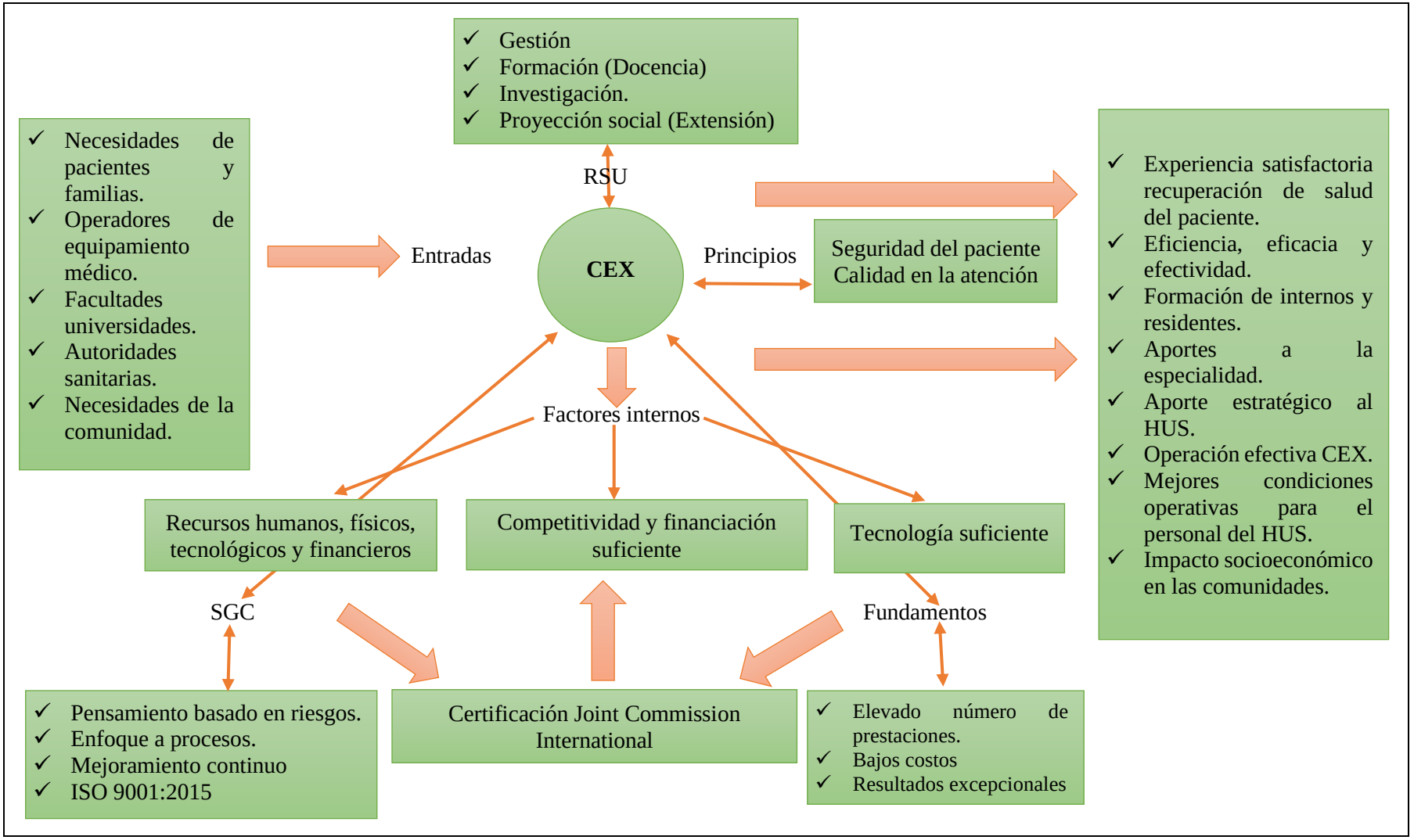
Según la percepción particular generada por la realización de este ejercicio y vistas las características e implicaciones estratégicas, operacionales, así como los entornos y sin pretender ahondar en aspectos de especialidades, lo más conveniente es que los CEX operen con un modelo propio alineado estratégicamente con los hospitales. No obstante, también quedo claro que debe haber un trabajo de coordinación institucional donde aspectos administrativos y asistenciales en todas las unidades organizacionales o divisiones de los centros hospitalarios realicen sus aportes al funcionamiento del CEX con criterios sólidos de calidad. En efecto se trata de un trabajo arduo porque requiere articular lo estratégico, lo operacional y las actividades de apoyo concentradas en las mejores experiencias y resultados en la atención de los pacientes y sus familias, donde incluso los pacientes y sus familias participan de los procesos de atención.

El CEX de por sí es una definición de calidad en atención, pero es claro que debe establecerse una propuesta conceptual que permita la gestión y unidad de propósito de todos los involucrados para que se consigan resultados consistentes y de manera programática con lo que se defina a nivel estratégico. La propuesta conceptual a continuación recoge todas las consideraciones realizadas anteriormente procurando considerar y expresar gráficamente las características y componentes que se convierten en los cimientos de la forma que debe operar un CEX en un entorno de calidad total como el que se pretende a partir de su planteamiento.

8.2.1 Descripción de la propuesta conceptual de gestión de calidad.

Para la realización del siguiente gráfico se definió construir una estructura híbrida entre un mapa con un proceso central desarrollado por el centro de excelencia, pero teniendo en cuenta los conceptos que cimentan el CEX en cuanto al sistema de gestión de calidad que es indispensable, los fundamentos bajo los cuales opera el centro y el indisociable enfoque de la responsabilidad social universitaria que caracteriza al HUS por tratarse de hospital universitario. Desde luego, la propuesta conceptual debe complementarse con requisitos como los recursos, la tecnología, unos niveles mínimos de competitividad y suficiencia de financiación. Todos estos componentes preceden, proceden o gravitan en torno a la unidad asistencial y organizacional que desempeña el programa de excepcional calidad asistencia constituido por el centro de excelencia.

Figura 2 Propuesta conceptual de gestión de calidad para un centro de excelencia en el HUS.



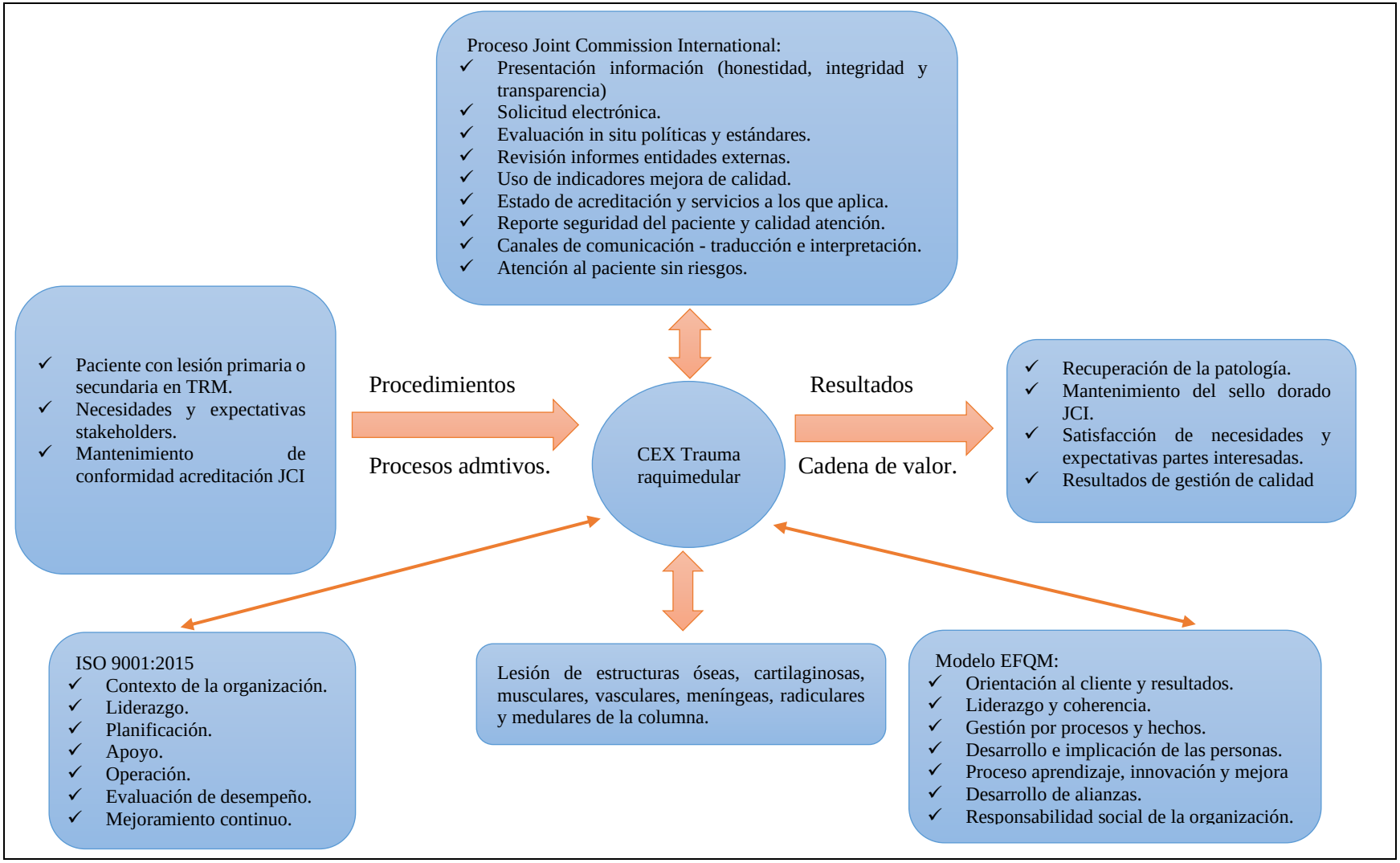
Fuente: Elaboración propia.

8.2.2 Propuesta conceptual centro de excelencia en trauma raquimedular.

El trauma raquimedular es un proceso de atención para determinadas lesiones producidas en estructuras óseas, cartilaginosas, musculares, vasculares, meníngeas, radiculares y medulares de la columna vertebral como lo define la propuesta. Dicha especialidad bajo un esquema de atención definido como centro de excelencia transforma las necesidades de los pacientes de la especialidad y de sus familias, las necesidades de los diferentes stakeholders y la operación bajo parámetros muy exigentes de calidad en la atención, seguridad del paciente y eficacia de la acreditación de Joint Commission International, por medio de procedimientos, en salidas que comprenden la recuperación de las condiciones de salud del paciente y su familia, las satisfacción de necesidades de los stakeholders y los resultados de calidad que significan el mantenimiento de la acreditación de la Joint Commission International.

Este proceso, aunque es asistencial basado en una especialidad que se asocia con las finalidades misionales de hospital o de proyección social en el entorno de hospital universitario, se trata de la generación de una cadena de valor cuyo impacto y propósito es social y médico. Ahora, como se trata de una especialidad tan compleja y de tan delicado manejo se presenta en un entorno donde hay lineamientos y formas de actuación estrictas que comprenden la acreditación de la Joint Commission International y los requerimientos de calidad que son la base de su funcionamiento comprendidos indistintamente por el modelo EFQM o el Sistema de Gestión de Calidad correspondiente a la norma ISO 9001:2015 que es la vigente y aplicable en el caso del HUS. Como se ha reiterado, la prestación de servicios de salud implica obligatoriamente el desempeño de óptima calidad y mejoramiento continuo, puesto que se trata de la actividad con mayor impacto en la sociedad que es la preservación o recuperación de la salud pública.

Figura 3 Propuesta conceptual de gestión de calidad trauma raquimedular incluyendo EFQM, ISO 9001:2015 y Joint Commission International.



Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO 9.
CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

9.1 Conclusiones.

La realización del presente documento a partir de estrategias metodológicas de fuentes primarias y secundarias con expertos y personal de centros hospitalarios con CEX operativos y funcionales, permitió diseñar una propuesta conceptual de gestión de calidad para un CEX en el HUS. Para poder realizar este ejercicio se consultó, procesó e investigó la relación inextricable que hay entre un CEX y la calidad, no sólo el principio de calidad en la atención que rige el sector salud de manera general sino desagregando las lógicas e implicaciones revolucionarias que implica la atención en salud bajo estos parámetros.

Desde luego, una entidad prestigiosa y con capacidades notables con el Hospital Universitario de La Samaritana por atender procedimientos de mediana y alta complejidad, tiene experiencia en gestionar su calidad, pues tiene un Sistema de Gestión de Calidad certificado y cuenta con la acreditación de Sistema Obligatorio de Gestión de la Calidad en Salud (SOGCS), mostrando una experiencia notable en aspectos como la gestión por procesos, el pensamiento basado en riesgos y el mejoramiento continuo. Sin embargo, debido a la magnitud y complejidad del tema en especial teniendo en cuenta que se trata del sector salud fue necesario profundizar en los vínculos que interactúan en las concepciones de CEX y calidad en la atención.

Por supuesto el enfoque no estaría completo y el CEX no sería funcional si no se encuentra debidamente certificado por la Joint Commission International, que basa su operación en el sobreentendido que los centros hospitalarios que pretendan certificarse deben tener un sistema de gestión de calidad certificado. A partir de esa certificación, esta entidad opera y profundiza los deberes y recomendaciones muchos de ellos basados en gestión documental, que deben cumplir los hospitales para poder certificarse con el sello dorado JCI y utilizarlo por un lapso.

Con base en las anteriores consideraciones, se pudieron definir los componentes, relaciones y retroalimentaciones necesarias para que el CEX sea gestionado en el marco de una propuesta conceptual de gestión de calidad, permitiendo claridad y unidad de propósito para que se logren sus objetivos que como se dijo reiteradamente en el documento, obedecen a una perspectiva de proyección social enmarcada en la restauración de condiciones de salud del paciente y su familia. Esa proyección social es el componente más conocido de un hospital, pero en el desarrollo de un CEX intervienen de manera especializada diferentes componentes, roles y enfoques de gestión y

organizacionales que hacen posible operar bajos estos niveles de rendimiento.

Respecto de los objetivos específicos se realizó un extenso, minucioso y exhaustivo ejercicio de revisión de fuentes secundarias sobre los diferentes ámbitos y aspectos a tratar en el documento, lo cual incluyó procesar la información sobre gestión de calidad para los CEX en la norma ISO 9001, el modelo EFQM y, el proceso de acreditación de Joint Commission International. Con estos invaluables aportes se comprendió la necesidad y urgencia de diseñar una propuesta conceptual de gestión de calidad para el CEX que requiere un trabajo muy especializado y extenso a nivel organizacional y asistencial. De hecho, se pudo profundizar y diseñar una propuesta conceptual de gestión tentativo para la especialidad de trauma raquimedular basado en el modelo EFQM, la ISO 9001:2015 y el proceso de la Joint Commission International.

Como se dijo anteriormente, el trabajo de calidad en el HUS no parte de cero, por lo cual, para la propuesta, se analizó el sistema de gestión de calidad vigente del HUS y la forma como sus orientaciones generales podrían contribuir a la gestión de calidad del CEX de manera que se obtengan todos los réditos estratégicos que se plantean desde la teoría y el estado del arte. Por otro lado, también se analizaron los estándares de la Joint Commission International y su aplicabilidad para un CEX en el HUS, lo que dio como resultado un trabajo de profundización y disertación soportada en las perspectivas de los expertos para definir componentes de la propuesta y sus relaciones.

Sobre el siguiente objetivo y pese a la limitante metodológica que constituyó la disponibilidad de información sobre los CEX de varios centros, se pudo consolidar la información de la Fundación Santa Fe, con base en los cuales se realizó un análisis y discernimiento de aquellos factores que pueden ser críticos para la implantación del CEX, tras lo cual se determinó que falta trecho por recorrer pero que el HUS está en condiciones de afrontar de forma exitosa el proceso que representa la gestión de un CEX. Lo anterior se refiere a la capacidad de operar numerosas prestaciones, bajos costos y resultados óptimos.

El resultado se puede apreciar en el último apartado del documento donde se compilan las principales consideraciones y enfoques relacionados con una propuesta conceptual de gestión de calidad para un CEX, que se consolida mediante el proceso de certificación de Joint Commission International. Como en todos los aspectos relacionados con la gestión de la calidad y con lo organizacional en especial en un sector tan dependiente de la tecnología como la salud, la propuesta planteada es dinámica, lo que quiere decir que de acuerdo con la evolución de necesidades y

realidades del hospital como de las especialidades que originan el CEX, se pueden modificar o acentuar e incluso eliminar consideraciones y componentes de acuerdo con las necesidades del momento.

La realización de este ejercicio permitió desplegar competencias (formación, habilidades y experiencia) en un caso concreto y real que responde a una carencia y necesidad de consolidar los componentes que requiere la gestión de calidad en un CEX, pues pese a que la calidad es un supuesto de este programa de atención excepcional, se debe definir de dónde proviene y lo que se pretende lograr, en un entorno y con la participación de unos sujetos que en este caso pueden ser el personal sanitario y los pacientes con sus familias. Resumiendo, un poco quedó también clara la importancia estratégica que significa operar bajo un CEX debido al uso excepcional de recursos en el tiempo para logar los objetivos estratégicos propuestos por el hospital a nivel organizacional como del propio CEX. Para comprender este aspecto se hizo necesario dedicar un capítulo completo al Hospital Universitario de La Samaritana, su planeación estratégica y la forma como está concebido su sistema de gestión de calidad que obedece a realidades y necesidades precisas de la institución.

El ejercicio permite proyectar mediante las propuestas una síntesis de lo que debe realizar el CEX en materia de calidad en el HUS para que se presente ese aporte estratégico. El documento es igualmente relevante porque la consideración central es la prestación de los mejores servicios de salud disponibles a los pacientes y sus familias es decir que se alinea con el enfoque de proyección social y humanización del servicio del hospital universitario. Se puede decir que se desarrolló un enfoque organizacional que significa aprovechar las ventajas comparativas y optimizar las ventajas competitivas de manera que se ajuste lo más posible no sólo el modelo de atención sino el modelo de negocio, de lo cual se presupone que se pueden generar muchas externalidades positivas.

Aunque no se examinó a fondo, la experiencia de diseñar una propuesta conceptual de gestión de calidad para CEX mostró que, dependiendo del tipo de organización, el entorno y la especialidad que se vaya a tratar, la propuesta presentará unas variaciones únicas que al concluir el ejercicio y colocarla en práctica determinarán la viabilidad de su funcionamiento. Por último y con relación a lo que aporta la realización del ejercicio, la integración y aplicación de conocimientos a una situación real, hace tangible la formación adquirida sobre gestión estratégica de manera que se utilice en un caso práctico claramente definido. En el caso del sector salud y como lo refiere Porter la competitividad de las instituciones en la prestación de los servicios de salud beneficia a los pacientes y a las organizaciones, lo que se puede evidenciar a lo largo del documento, pero sobre todo

en la referenciación competitiva.

9.2 Perspectivas de profundización.

El trabajo no está completo, puesto que, aunque se tuvo en cuenta en la construcción de la propuesta conceptual es necesario aterrizar aún más el funcionamiento en la perspectiva de un hospital universitario, enfoque que debe trasladarse a procedimientos y responsabilidades que tenga el CEX. En este mismo sentido esta investigación es la primera respecto de una propuesta de gestión de calidad para un CEX en un hospital universitario, pero debe modificarse a medida que se van incorporando especialidades como CEX puesto que cada una tiene perfiles distintos, necesidades diferentes, entornos cambiantes, personal diferente e incluso avances tecnológicos distintos.

Este trabajo tiene una proyección natural en definir una propuesta conceptual de gestión de calidad, pero basada exclusivamente en el modelo EFQM que presenta algunas diferencias y profundiza en algunos aspectos que podrían resultar muy productivos para el hospital. Desde luego habría complicaciones adicionales desde el punto de vista de comprensión y procesamiento de la información, pero sería positivo trabajar con este enfoque.

También se considera viable y muy útil realizar un proyecto de verificación de la gestión del CEX con base en los estándares e intenciones de Joint Commission International es decir algo así como auditoría interna basada en los criterios de JCI pues permitirá una actualización teniendo como base la gestión de la calidad. Las recomendaciones para otros hospitales a partir de esta experiencia es que es imperativo el análisis de contexto minucioso y exhaustivo, como también el estado tecnológico del hospital y la determinación de la especialidad a implementar bajo este programa que sea más rentable. Desde luego es un proceso que debe ser muy cuidadoso y riguroso que tiene un efecto notable en las condiciones de salud de la población, por lo cual su relevancia es mayúscula en términos de acceso, cobertura y restauración de condiciones de salud del paciente y su familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agudelo, C., Sánchez, C., Robledo, R., Bojacá, A., Prieto, A., & Cifuentes, P. (2008). *Modelo acedmémico de hospital universitario.* Bogotá D.C:: Universidad Nacional de Colombia - Facultad de Mediciina.

Alomia, H., Escallón, V., & Ortegón, K. (2007). *Guía metodológica para realización de proyectos de grado.* Santiago de Cali, Colombia: Universidad ICESI - Departamento de Ingeniería industrial.

Amador, C., & Cubero, O. (2010). Un sistema de gestión de calidad en salud, situación actual y perspectivas de la atención primaria. *Revista Cubana de Salud Pública Vol. 36 N° 2*, 175 - 179.

Barbero, A. (2009). Las herramientas de gestión de calidad. *Técnica Industrial N° 284*, 61 - 63.

Betancourt, J. (2006). *Gestión estratégica: Navegando hacia el cuarto paradigma.* Porlamar, Venezuela: Eumed.

Bohmer, R. (2010). Designing care. *Harvard Business Press*, pp 32-40.

Canales, M. (2006). *Metodologías de la investigación social.* Santiago, Chile: LOM Ediciones.

Casariego, E., Pérez, E., & Costa, C. (2017). *Que son las guías de practica clínica? (GPC).* Obtenido de https://www.fisterra.com/guias2/fmc/queson.pdf

Castaño, R. (2006). El camino hacia la excelencia: Lecciones del foro del 8 de septiembre. *Vía Salud N° 38*, 4 - 9.

Castaño, R. A. (2010). Centros de excelencia: más que excelencia operacional, una estrategia competitiva. *Vía Salud*, 4-8.

Castillo, V. (2011). *Centros de excelencia y relación docencia: servicio.* Bogotá D.C., Colombia: Fundación Cardiovascular de Colombia.

Centro de Estudios e Investigación en Salud. (2014). *Guía metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con evaluación económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano.* Bogotá D.C., Colombia: Fundación Santa Fe.

Centro de Gestión Hospitalaria. (2006). Centros de Excelencia. *Via Salud N° 38*, 2 - 3.

Centro de Gestión Hospitalaria. (2009). *Proyecto Certificación de Centros de Excelencia. Manual de Evaluacion.* Bogota.

Centros de Excelencia. (2016). *¿Son rentables los modelos de calidad total?* Obtenido de http://www.centrosdeexcelencia.com/wp-content/uploads/2016/09/FOLLETO-EFQM.pdf

Certo, S. (2005). *Administración estratégica: Planeamiento e implantación de la estrategia.* Sao Paulo, Brasil: Pearson-Prentice Hall.

Chacón, J., & Rugel, S. (2018). Artículo de Revisión. Teorías, Modelos y Sistemas de Gestión deCalidad. *Revista Espacios*, 14 - 15.

Congreso de la República. (03 de Octubre de 2007). Ley 1164 de 2007. *Por la cual se dictan disposiiciones en materia de talento humano en salud*. Bogotá D.C., Bogotá D.C., Colombia: Congreso de la República.

Contreras, F., & Matos, F. (2015). *Gestión estratégica en unidades de información: Planeamiento.* Lima, Perú: Fortunato Contreras Contreras.

David, F. (2008, p. 3). *Conceptos de administración estratégica.* México D.F., México: Pearson-Prentice Hall.

De Gregorio, A. (2003). Introducción a la gestión estratégica. En A. De Gregorio, *Gestión Estratégica* (págs. 1 - 34). Barcelona, España: Universitat de Barcelon Virtual.

Decreto 780/2016, Por el que se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social (Ministerio de Salud y de Protección Social 06 de mayo de 2016).

Deming, E. (1989). *Calidad y productividad. La salida de la crisis.* Madrid, España: Editorial Diaz de Santos.

Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., & Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación Educación Médica. Volumen 2 N° 7*, http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009.

Didziulis, L. (2016). *La importancia de ser hospital universitario*. Obtenido de http://www.elsevier.es/es-revista-repertorio-medicina-cirugia-263-articulo-la-importancia-ser-hospital-universitario-S0121737216300516

Donabedian, A. (2001). La calidad de la atención médica. *Revista Calidad Asistencial*, S29 - S38.

Durán, D. (2012). La gestión estratégica de la empresa. *La gestión estratégica de la empresa*. Barcelona, España, Catalunya, España, España: Universitat de Barcelona.

Edelman, A. (2001). Modelos de excelencia en la gestión. *Memoria de trabajos de difusión científica y técnica N° 1*, 1 - 7.

Educarchile;. (s.f.). *Guía para grupos focales.* Santiago de Chile: Fundación Chile - Ministerio de Educación Chile.

EFQM. (22 de mayo de 2020). *European Foundation for Quality Management;*. Obtenido de http://www.efqm.es/

EFQM. (01 de junio de 2020). *Modelo EFQM de excelencia y calidad*. Obtenido de http://www.efqm.es/

El Colombiano. (2014). *La apuesta es por los centros de excelencia*. Obtenido de http://www.elcolombiano.com/historico/la_apuesta_es_por_los_centros_de_excelencia-AGEC_308811

El Economista. (22 de 05 de 2020). El modelo EFQM 2020: Una herramienta de gestión para las organizaciones. págs. https://www.eleconomista.es/gestion-empresarial/noticias/10158998/10/19/El-modelo-EFQM-2020-Una-herramienta-de-gestion-para-las-organizaciones.html.

El Tiempo. (2009). *Colombia tendrá centtros de excelencia de atención en salud*. Obtenido de Alcanzar altos estándares de calidad en los hospitales, clínicas y centros de salud del país es el objetivo del círculo de centros de excelencia en salud: https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-5428950

Elrod, J. K., & Fortenberry, J. (2017). Centers of excellence in healthcare institutions: What they are and how to assemble them. *BMC Health Service Research*, 15 - 24.

Euskalit. (05 de mayo de 2020). *Calidad Total: Principios y Modelos de gestión. Certificación ISO. Satisfacción del Cliente interno y externo.* Obtenido de https://ope2011.osakidetza.net/procesoselectivo/d26501/docinteres6.pdf

Fernández, L., Mejía, S., Llerena, C., & Albuja, J. (2017). Diseño de un modelo de gestión empresarial para la microempresa Medsakell, basado en la metodología Balanced Scorecard, radicada en la zona 8, Guayaquil County (Ecuador). *Revista Espacios Vol. 39 N° 06*, 36 - 46.

Fernández, N. (2006). *Política, planeamiento y gestión de la educación.* Buenos Aires, Argentina: UNTREF.

Frenk, J. (2001). Criterios y métodos de evaluación de la calidad asistencial. *Revista Calidad Asostencial*, S28.

Fundación Navarra para la Calidad;. (2016). *Impacto de la calidad total (TQM) en los resultados económicos.* Obtenido de http://www.centrosdeexcelencia.com/wp-content/uploads/2016/09/Ontario.pdf

Fundación Santa Fe de Bogotá. (30 de Mayo de 2019). *Certificaciones y acreditaciones*. Obtenido de https://www.fsfb.org.co/wps/portal/fsfb/inicio/acercadefsfb/buscador/!ut/p/z1/lY-9DoIwEMefxSe4K20ojG2U4kBa0Aq9xTAZEqkOxueXGAcZRL3tkt__Cwg6oNjfh1N_Gy6xP09_oPTobCkYF1hl9aFAJW1epplFvZXQPgGcnULdJJojGpsA_a9_d_pNvwDQsn0LNI8wVq9R7RvnmOemytkLWJr4LSRMJeXHkhWHHQQDo

Garzón-Orjuela, N., Eslava, J., Puentes, L., Mejía, L., Gómez, V., Arias, O., . . . Parada, A. (2017). *Centros de Excelencia para la Atención, Investigación e Innovación en servicios de salud y*

hospitales con enfoque de equidad: Revisión de la literatura. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia.

GESA. (11 de mayo de 2020). *Sistema Único de Habilitación*. Obtenido de ¿En qué consiste?: https://gestionesensalud.com/sistema-unico-habilitacion/#:~:text=El%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Habilitaci%C3%B3n,y%20financiera%20y%20de%20capacidad

Gil, M. (2013). *Como crear y hacer funcionar una empresa.* Madrid, España: Esic Editorial.

Gobernación de Cundinamarca. (22 de abril de 2020). *La Samaritana recibe acreditación en salud.* Obtenido de http://www.cundinamarca.gov.co/Home/SecretariasEntidades.gc/Secretariadesalud/SecretariadesaludDespliegue/!ut/p/z0/fY6xCsIwGIRfJYtzgpQWx4KgLcVFkTaLnMlP-TWmbRLExzcOXd3uPj6Ok1r2Unu8eUTiycPlPujy1jWH4tio7Um1Va3qa3dWl6Yqd_tCtlL_F_ICP5ZF11KbySf6JNnPgXzERiGOcBQY

Grueso, M. (2016). *Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud.* Bogotá D.C., Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social - Gobierno de Colombia.

Guerrero, M., & Ruíz, C. (2013). Estudio de caso: West Kendall Baptist Hospital Miami - (USA) y Clínica Santa Fe Bogotá - Colombia. Bogotá D.C.,, Bogotá D.C., Colombia: Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano.

Hamui-Sutton, A., & Varela-Ruiz, M. (2012). Metodología de la investigación en educación médica. *Investigación en educación médica*, 55 - 60.

Hernández-Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación.* México D.F.: Mc Graw Hill.

Hospital Universitrio de La Samaritana. (05 de marzo de 2020). *Quiénes somos?* Obtenido de http://www.hus.org.co/index.php?idcategoria=68

HUS. (2015). *Política*. Obtenido de Política de gestión de la tecnología: http://www.hus.org.co/recursos_user/documentos/editores/politicas/POLITICA%20DE%20GESTION%20DE%20LA%20TECNOLOGIA.pdf

HUS. (2017). *Portafolio de servicios.* Bogotá D.C., Colombia: E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana.

HUS. (2018). *Manual Gestión de la Calidad.* Bogotá D.C.: Hosiptal Universitario de La Samaritana.

HUS. (05 de 30 de 2019). *La entidad*. Obtenido de http://www.hus.org.co/index.php?idcategoria=42

HUS. (05 de marzo de 2020). *Misión*. Obtenido de http://www.hus.org.co/index.php?idcategoria=7818

HUS. (05 de marzo de 2020a). *Visión*. Obtenido de http://www.hus.org.co/index.php?idcategoria=7819

HUS. (05 de marzo de 2020b). *Principios y valores*. Obtenido de http://www.hus.org.co/index.php?idcategoria=112

HUS. (05 de marzo de 2020c). *Objetivos estratégicos*. Obtenido de http://www.hus.org.co/index.php?idcategoria=7815

HUS. (02 de junio de 2020d). *Glosario*. Obtenido de http://www.hus.org.co/index.php?idcategoria=106

Ibertic. (s.f.). *Grupos focales: Guía y pautas para su desarrollo.* Buenos Aires, Argentina: Instituto Iberoamericano de TIC y Educación.

Ikeda, K., Pailamilla, L., Allende, P., & Sepúlveda, J. (s.f.). 7 herramientas para el control de la calidad. *7 herramientas para el control de la calidad*. Santiago de Chile, Chile, Santiago de Chile, Chile: Agencia de Cooperación Internacional del Japón, Universidad de Santiago de Chile.

Instituto Mexicano del Seguro Social;. (2004). *Guías de Práctica Clínica, una orientación para su desarrolllo. Evaluación, implementación y dirección de prestaciones médicas.* México D.F., México: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Instituto Roosevelt. (2011). *El Roosevelt, hacia el posicioncamiento como centro de excelencia.* Obtenido de https://www.institutoroosevelt.org.co/index.php/component/content/article/157-centro-excelencia-escoliosis-idiopatica-adolescente

Instituto Roosevelt;. (2011a). *Centros de excelencia.* Obtenido de https://www.institutoroosevelt.org.co/index.php/elinstituto/9-centrosdeexcelencia?format=pdf

Instituto Uruguayo de normas Técnicas. (2009). *Herramientas para la mejora de la calidad.* Montevideo, Uruguay: Instituo Uruguayo de Normas Técnicas.

ISO. (2015). *UNE-EN ISO 9001. Sistemas de gestión de lq calidad. Requisitos.* Madird, España.: Asociación Española de Normalización y Certificación.

ISOTools. (2015). *Características, herramientas e indicadores de calidad en los servicios de salud*. Obtenido de https://www.isotools.org/2015/06/04/caracteristicas-herramientas-e-indicadores-de-calidad-en-los-servicios-de-salud/

ISOTools. (2015a). *Modelos de gestión de calidad aplicados a la salud*. Obtenido de https://www.isotools.org/2015/02/24/modelos-de-gestion-de-calidad-aplicados-a-la-salud/

ISOTools. (27 de 05 de 2020b). *EFQM 2020: Principales cambios en el nuevo modelo europeo de excelencia.* Obtenido de https://www.isotools.org/2019/11/27/efqm-2020-principales-cambios-en-el-nuevo-modelo-europeo-de-excelencia-se-renueva/

JCI. (2017). *Estándares de acreditación de la Joint Commission International para hospitales.* Oak Brook, USA: Joint Commission International.

Joan Li, R. C. (29 de Octubre de 2019). *Centers of excellence: are these estandards?* Obtenido de www.sciencedirect.com: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213076419302507

Juran, J. (1993). *Manual de control de la calidad.* Madrid, España: Mc Graw Hill.

Kitsinger. (1995). Qualitative research: Introducing focus group. *BMJ*, 299 - 302.

Larry Leisure. (03 de Junio de 2019). *hitconsultant.net.* Obtenido de Why Walmart Centers of Excellence Model Could Redefine How Employers Deliver Quality Care: https://hitconsultant.net/2019/03/06/walmart-centers-of-excellence-model-quality-care/#.XxXCgOe20l1

Li, J., Burson, R., Clapp, J., & Fleisher, L. (2019). Centers of excellence: Are there standards? *HealthC*, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31672494/.

Lifeder. (03 de mayo de 2020). *Investigación aplicada: Caractrrísticas, definición, ejemplos.* Obtenido de https://www.lifeder.com/investigacion-aplicada/

Londoño, J. (2014). Camino hacia la generación de experiencias positivas en salud. *Camino hacia la generación de experiencias positivas en salud* (págs. 1 - 41). Montería, Colombia: Colmena, vida y riesgos laborales.

López De Méndez, A. (2013). *Los grupos focales.* San Juan, Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico - Centro de Investigaciones Educativas.

Martínez, J. (2011). *Métodos de investigación cualitativa.* Bogotá D.C.: Revista de la corporación internacional para el desarrollo educativo.

Medici, A. C. (2001). Hospitales Universitarios: Pasado, presente y futuro. *Cuadernos médico sociales*, 119 - 128.

Méndez, C. (2003). *Metodología: Diseño y desarrollo del proceso de investigación.* Bogotá:: Mc Graw Hill.

Ministerio de Salud. (2002). *Documento 4: Un nuevo paradigma en la relación entre la formación y los servicios de salud. Propuesta de estándares para la acreditación de los centros de formación en salud.* Bogotá D.C.: DHC Consultoría y Gestión S.A.

Ministerio de Salud. (12 de mayo de 2020). *Sistema Obligatorio de Gestión de Calidad en Salud*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx#:~:text=El%20Sistema%20Obligatorio%20de%20Garant%C3%ADa,servicios%20de%20salud%20del%20pa%C3%ADs.

Ministerio Secretaría General de la Presidencia;. (2015). *Técnicas y herramientas para el control de procesos y la gestión de la calidad, para su uso en auditoría interna y en la gestión de riesgos.* Santiago de Chile, Chile: Gobierno de Chile.

Minsalud. (2014). *Telemedicna.* Bogotá D.C., Colombia: Ministerio de Salud y de la Protección Social.

MINTIC. (2018). *Qué son centros de excelencia*. Obtenido de https://www.mintic.gov.co/portal/604/w3-article-6160.html

Organización para la Excelencia de la Salud;. (2018). *¿Qué es calidad?* Obtenido de https://oes.org.co/que-es-calidad/

Pantoja, J. E. (2015). Importancia de la planeación estratégica en los servicios de salud. *Revista Médica*, 235 - 237.

Pareja, A. (2017). *Estrategias para la humanización del cuidado de la salud en la unidad de cuidados intensivos pediátrica Mintegral - Manizales.* Chía, Colombia: Universidad de la Sabana.

Porter, M. (1996). What is strategy? *Harvard Business Review*, 61-78.

Porter, M. (2008). Las cinco fuerzas competitivas que le dan forma a la estrategia. *Hardvard Business Review*, 58 - 77.

Porter, M. (2010). What is value in health? *New England Journal of Medicine*.

Porter, M., & Teisberg, E. (2004). Redefining competition in healthcare. *Harvard Business Review*, 1 - 14.

Porter, M., & Teisberg, E. (2006). Redefining health care. *Harvard Business Press*, 152.

Prieto, J. E. (2011). *Gestión estratégica organizacional: guía práctica para el diagnóstico empresarial.* Bogotá D.C., Colombia: Editorial Eco Editores.

Revista Énfasis. (2012). *Gestión de procesos: Valor con excelencia*. Obtenido de http://www.logisticamx.enfasis.com/articulos/65705-gestion-procesos-valor-excelencia

Riaño, M. (2016). Gestión estratégica para hospitales universitarios. *Revista de Facultad de Medicina UNAL*, 615 - 620.

Rodríguez, C. (2015). La certificación en el ámbito sanitario. *Seminario sobre gestión de la calidad en servicios de salud bajo un contexto humanizador* (págs. 1 - 52). Cartagena, Colombia: Icontec Internacional.

Rodríguez, C. (2016). Hospitales universitarios deben acreditarse. *Revista Normas y Calidad N° 86*, 1 - 6.

Rodríguez, C. (s.f.). Acreditación en salud, Una herramienta de mejoramiento continuo. *Revista Normas y Calidad*, 10 - 14.

Rogelio, L. (2008). La administración estratégica como herramienta de gestión. *Visión de Futuro Volumen 9 N° 1*, 2 - 20.

Rojas, D. (2014). Modelo para la implementación de un sistema de gestión integral alineado a la estrategia empresarial de la organización. *Modelo para la implementación de un sistema de gestión integral alineado a la estrategia empresarial de la organización*. Bogotá D.C., Bogotá D.C., Colombia: Universidad Militar Nueva Granada.

Romo, G., & Márquez, E. (2014). Gestión estratégica vs. Análisis estratégico. Una discusión conceptual a partir del estudio de caso de una institución de educación superior. *Pensamiento & gestión. N° 36*, 267 - 290.

Santiago, J., & Roussos, A. (2010). *El focus group como técnica de investigación cualitativa.* Buenos Aires, Argentina: universidad de Belgrano.

Servicio de neurocirugía. (2017). *Montaje de un centro de excelencia de trauma raquimedular para el HUS.* Bogotá D.C., Colombia: Hospital Universitario de La Samaritana.

Slack, N., & Lewis, M. (2011). *Operations Strategy.* Harlow, England: Prentice Hall.

Sounding Board. (1997). The social missions of academic health centers. *The New England Journal of Medicine N° 21*, 38 - 64.

Swensen, J. S. (2010). Cottage industry to postindustrial care. The revolution in health care delivery. *New England Journal of Medicine*, 362.

Think & Sell. (25 de abril de 2020). *Sistemas de Gestión Normalizados*. Obtenido de https://thinkandsell.com/servicios/consultoria/software-y-sistemas/sistemas-de-gestion-normalizados/

Watkins, S. (2016). *ISO 9001:2015: A packet guide.* Ginebra, Suiza: ITGP.

Wirth, M., Fossati, N., Albers, P., Bangma, C., Brauzi, M., Comperat, E., . . . Gillessen, S. (2019). The European Prostate Cancer Centres of Excellence: A Novel Proposal from the European Association of Urology Prostate Cancer Centre Consensus Meeting. *European Urology*, 179 - 186.

ANEXOS

Anexo 1 Formato entrevista semiestructurada.

Categoría de la información	Descripción
Nombre	
Edad	
Sexo	
Cargo desempeñado	
Sistemas integrados de gestión del centro	ISO 9001; ISO 14001; ISO 45000
Plataforma estratégica del CEX	Objetivos etc.
Indicadores utilizados para medición de desempeño clínico en el CEX	Ejemplos: Nivel de costos, restauración de la salud, cantidad de prestaciones, estado de la curva de aprendizaje, calidad en la prestación, seguridad del paciente, requisitos de funcionamiento y nivel de capacitación requerido por el personal.
Principios aplicados en la gestión de calidad para el CEX	
Soporte con otros procesos de la organización	
Sistemas de apoyo requeridos	
Recursos financieros destinados	
Capacidades organizacionales desarrolladas	
Preguntas	
¿Cómo interviene estratégicamente la gestión de calidad en el centro de excelencia?	
¿Cuáles son los componentes del sistema de gestión de calidad de la organización o el que aplican al CEX?	
¿Dichos componentes son eficientes?	
¿Tiene recomendaciones para mejorar la gestión de calidad en el CEX de su institución?	
¿Cuáles son los impactos estratégicos de la gestión de calidad en el CEX?	
¿Qué indicadores de desempeño clínico utilizan para evaluar el funcionamiento del CEX?	
¿Qué aspectos son críticos en la gestión de la calidad de un CEX?	
¿Qué porcentaje de presupuesto se destina al CEX?	
¿Qué tipo de interacción se presenta entre el CEX y la administración del centro hospitalario?	
¿Qué parámetros relacionados con docencia e investigación están presentes en el modelo de gestión de calidad de la organización?	
¿Cómo incluyen el componente de docencia e investigación en la gestión de calidad?	
¿Cuáles son los aspectos críticos de desempeño de un CEX?	
¿Cuáles son los aspectos críticos de la gestión de la calidad en su organización?	
Realice una prospectiva de la gestión de la calidad aplicada a un CEX identificando elementos cruciales	

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 2 Formato aplicación del grupo focal.

Objetivo de investigación	
Objetivo de grupo focal	
Nombre de moderador	
Nombre de observador	
Temáticas	
Gestión de la calidad en la actualidad	
Gestión de centros de excelencia	
Modelo de gestión de la calidad aplicada a CEX	
Capacidades organizacionales adquiridas mediante a través de la implementación del CEX	
Indicadores de seguimiento sobre la gestión de la calidad	
Indicadores de desempeño clínico del CEX	
Conocimientos, experiencias y recomendaciones sobre el proceso de acreditación de JCI	
Calidad en la atención y seguridad del paciente	
Bajos costos, elevadas prestaciones y curva de aprendizaje	
Aporte estratégico de la gestión de la calidad a la organización	
Procesos involucrados en la gestión de calidad del CEX	
Lista de chequeo	
Escenario apropiado	
Desempeño de moderador	
Utilización de información por el moderador	
Cumplimiento de objetivos de la reunión	
Explicación de objetivos y metodología del ejercicio	
Tiempo 60 – 120 minutos	
Registro de información	
Identificación de los asistentes	

Fuente: Elaboración propia basada en Educarchile (s.f.).

Anexo 3 Matriz exploración estructurada para propuesta de modelo de gestión de calidad para CEX.

Sección	**Capítulo**	**Estándar**	**Intención**	**Elemento medible**	**Aspecto destacado**	**Lineamiento**
I						
III						
IV						

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 4 Referenciación competitiva centros hospitalarios con CEX.

Características de la organización	Descripción
Razón social	
Tipo de centro hospitalario	
Sistemas de gestión presentes – Integrados	
Características y atributos principales del sistema de gestión de la calidad	
Influencia del sistema de gestión de calidad sobre el desempeño del CEX	
Niveles de calidad en la atención y seguridad del paciente	
Indicadores aplicados para la medición del funcionamiento del sistema de gestión de la calidad	
Capacidades organizacionales adquiridas a partir de la implementación del CEX	
Aporte estratégico del CEX a la organización	
Aporte estratégico del sistema de gestión de calidad al CEX	
Requerimientos especiales de gestión de calidad del CEX	
Recomendaciones sobre el modelo de gestión de calidad para un CEX	

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 5 Acta de reunión HUS I.

HUS

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
GESTION DE LA CALIDAD
ACTA DE REUNION

05GC38 – V2

REUNION	[illegible] Gerencia Estrategica	ACTA No	
FECHA	[illegible] de 2020	HORA DE INICIO	[illegible]
LUGAR	Auditorio Hospital Universitario de la Samaritana	HORA FINAL	[illegible]

OBJETIVO DE LA REUNION

[illegible]

TEMAS A TRATAR

1	Resultados y propuestas del trabajo de grado realizado de la Maestría de Gerencia Estratégica
2	

REVISION DE COMPROMISOS ACTA ANTERIOR APLICA NO APLICA

Este ítem puede o no aplicar. Marque con una X. Para los casos que aplique diligencie la descripción de la actividad

#	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO SI	NO	OBSERVACIONES
1	[illegible]			
2				
3				
	TOTAL DE ACTIVIDADES	2	1	
	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	=2 3 = 67		

DESARROLLO DE LOS TEMAS A TRATAR

[illegible] HUS. [illegible]

Anexo 6 Acta de reunión HUS II.

Se da inicio a la presentación la cual tiene el siguiente contenido:

1. Justificación
2. Planteamiento del problema
3. Objetivos
4. Marco Conceptual
5. Metodología
6. Hospital Universitario de la Samaritana (HUS)
7. Desarrollo del estudio
8. Resultados y propuestas
9. Conclusiones y recomendaciones

- Actualización de los métodos administrativos de hospitales públicos para más competitividad y más recursos para la atención en salud

- ¿Cómo diseñar un modelo conceptual de Gestión de Calidad para la creación de un CEX con base en el Sistema de Gestión de Calidad del HUS alineados con los requerimientos de la Joint Commission Internacional?

Objetivo General

Diseñar un modelo conceptual de gestión de calidad para un Centro de Excelencia en el Hospital Universitario de la Samaritana teniendo en cuenta el sistema de gestión de calidad actual y los requerimientos de la Joint Commission Internacional, para solucionar las necesidades de tratamiento [illegible]

Objetivos Específicos

- Revisar el estado del arte sobre diferentes conceptos a tratar en el trabajo [illegible] de la gestión de la calidad [illegible] CEX, ISO [illegible], modelo EFQM y proceso de [illegible] Joint Commission Internacional
- Analizar el sistema de gestión de calidad [illegible] HUS y su [illegible] CEX
- Realizar una referenciación competitiva con otros hospitales con experiencias en CEX y [illegible] en el tema
- Establecer el aporte estratégico del CEX al HUS por medio de un Modelo de Gestión de Calidad
- Diseñar una propuesta de modelo conceptual de gestión de calidad para el HUS teniendo en cuenta tanto los estándares de la Joint Commission Internacional y el sistema de gestión de calidad del HUS para la creación de un CEX

Se [illegible] de la presentación [illegible]

Se [illegible]

Se da por finalizada la reunión

COMPROMISOS ADQUIRIDOS DURANTE LA REUNION			
Incluir los compromisos en el Plan de Mejora Único por Procesos según el Proceso que le aplica			
#	COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
1			

Anexo 7 Acta reunión HUS III.

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA REUNIÓN.
Califique de 1 a 5 la evaluación de la efectividad de la reunión, teniendo en cuenta la votación de los participantes y el cumplimiento de los siguientes criterios: objetivos, cobertura de los temas propuestos, organización y cumplimiento de horarios.

CALIFICACIÓN DE LA REUNIÓN: Marcar con "X" el recuadro					OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS
1	2	3	4	5	

FIRMA DE LOS ASISTENTES A LA REUNIÓN

#	NOMBRE COMPLETO	CARGO Y/O ACTIVIDAD	FIRMA
1	Luz Dary Ruiz	Sub. Personal	[illegible]
2	Claudia Milena Reyes	Prof. Esp	[illegible]
3	Andrea Gonzalez Angel	Prof. Esp. Talento Humano	[illegible]
4	[illegible]	Med [illegible]	[illegible]
5	Elkin Antonio Molina G.	Subdirector Urgencias	[illegible]
6	Camilo Vargas R.	Coordinador Urgencias	[illegible]
7	Martha Gonzalez	Sub Desarrollo H	[illegible]
8	Natalia [illegible]	Profesional II Calidad	[illegible]
9	Tatiana Carencio Inca	Lider Banco de Sangre	[illegible]
10	Sandra Santacruz S.	Bacterióloga	[illegible]
11	Katerynne Lopez	Coord Calidad BS	[illegible]
12	Viviana Hernandez	Auxiliar Banco Sangre	[illegible]
13	Ellen Millan T	Profesional Especializado	[illegible]
14	Nancy Gonzalez	Instrumentadora	[illegible]
15	Shy Chavez	Auditora	[illegible]
16	Edgar Rodriguez Benavides	Lider Proyecto	[illegible]
17	Adriana Rocio Pinzon	Profesional Esp SST	[illegible]
18	William Gomez	Coordinador Rec. Urg.	[illegible]
19	Martha C. Rivas	Prof. [illegible]	[illegible]
20	Fernanda Carvajal	Lider Hospitalización	[illegible]
21			
22			

Hoja No 3 de 3