

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

DAVID ALEJANDRO SUÁREZ SANABRIA

YESICA ANDREA ROZO GRANADOS

BUENAS PRÁCTICAS DE GESTIÓN NUTRICIONAL APOYADAS EN LA
LOGÍSTICA HOSPITALARIA

TRABAJO DE GRADO

BOGOTÁ D.C.

2014

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

DAVID ALEJANDRO SUÁREZ SANABRIA

YESICA ANDREA ROZO GRANADOS

BUENAS PRÁCTICAS DE GESTIÓN NUTRICIONAL APOYADAS EN LA
LOGÍSTICA HOSPITALARIA

TRABAJO DE GRADO

TUTOR: VÍCTOR JAIME GARCÍA URDANETA

BOGOTÁ D.C.

2014

Agradecimientos

Queremos agradecer a la Universidad del Rosario por habernos brindado las mejores herramientas posibles para acceder al mundo laboral, acompañadas de una calidad humana inmejorable por parte de los profesores y directivos.

A nuestro excelente tutor, el Dr. Víctor Jaime García Urdaneta por darnos la oportunidad de aprender a su lado, y por todo el apoyo y dedicación brindados durante la elaboración de este trabajo.

Al Dr. Álvaro Ángel, a quien debemos el cariño y la pasión que hoy día tenemos por la Logística.

A los directivos y profesionales de la salud del Hospital Universitario Mayor Méderi, quienes nos abrieron amablemente las puertas de la institución para llevar a cabo la investigación aquí plasmada.

A nuestros padres quienes han sido nuestro motor durante todos estos años, y que con incontables sacrificios, se han convertido en la razón principal para culminar este proceso con los honores obtenidos.

David Alejandro Suárez Sanabria
Yesica Andrea Roza Granados

BUENAS PRÁCTICAS DE GESTIÓN NUTRICIONAL APOYADAS EN LA LOGÍSTICA HOSPITALARIA

Resumen

Todos y cada uno de los temas abordados y estudiados en el caso del Hospital Universitario Mayor Méderi, son la clara evidencia de como la logística hospitalaria es una herramienta importante dentro de las entidades hospitalarias, pues como puede verse la optimización de los procesos y recursos disponibles, y la integración de las diferentes áreas que intervienen en el desarrollo de los procesos, se da gracias a la aplicación de esta herramienta de gestión, que entiende la organización como un sistema complejo en el cual todas y cada una de las interacciones son vitales y deben ser atendidas con la misma importancia, por la alta dirección. Es entonces cuando la logística hospitalaria se convierte en un arma importante para los profesionales de la salud pues es el puente entre la importancia de unas buenas prácticas médicas y una buena gestión administrativa, que al final se convierten en ventajas competitivas para las instituciones que compiten en un sector que se debate entre la humanidad de su accionar y la rentabilidad obtenida por su funcionamiento.

Palabras Claves:

Logística Hospitalaria, Sistemas Complejos, Gestión de Residuos, Soporte

Nutricional, Tamizaje Nutricional, Riesgo Nutricional, Outsourcing.

Abstract

Each and every one of the topics discussed and studied in the case of Hospital Universitario Mayor Méderi, are clear evidence of how hospital logistics is an important tool within the hospital entities, as can be seen as optimizing processes and resources and integration of the different areas involved in the development process, is given by the implementation of this management tool that understands the organization as a complex system in which each of the interactions are vital and must be met with equal importance , by senior the management . That's when the hospital logistics becomes an important tool for health professionals it is the bridge between the importance of good medical practice and good management, which ultimately become competitive advantages for institutions competing in a sector that is torn between his humanity and drive the profitability of the operation.

Keywords

Hospital Logistics, Complex Systems, Waste Management, Nutritional Support, Nutrition Screening, Nutritional Risk, Outsourcing

Tabla de Contenido

INTRODUCCIÓN	0
LA EVOLUCIÓN DE LA LOGÍSTICA HOSPITALARIA	2
LA LOGÍSTICA HOSPITALARIA Y LA NUTRICIÓN	6
PRÁCTICAS DE NUTRICIÓN EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR MÉDERI	8
Manejo Individualizado del paciente:	10
Tamizaje Nutricional.....	13
Proyecto Club Gastronómico (Menús y Refrigerios Apropriados, Compra y Preparación de alimentos, Distribución de Alimentos).....	16
Servicio de Alimentos (Gestión de Residuos).....	23
<i>IMPACTO DEL MODELO NUTRICIONAL MÉDERI EN EL ESCENARIO INTERNACIONAL ...</i>	<i>28</i>
Primer Nivel de Contribución	36
Segundo Nivel de Contribución	37
Tercer Nivel de Contribución.....	38
Cuarto Nivel de Contribución	40
CONCLUSIONES	43
BIBLIOGRAFÍA	44

Lista de Especialidades

FIGURA 1: LA CADENA DE ALIMENTOS.	8
FIGURA 2: PATRÓN DE CON DE CONSUMO.	14
FIGURA 3: FORMATO DE TAMIZAJE NUTRICIONAL..	15
FIGURA 4: TAMIZAJE DE RIESGO NUTRICIONAL.	16
FIGURA 5: PROYECTO DE ALIMENTACIÓN.	21
FIGURA 6: INDIVIDUALES INFORMATIVO.	21
FIGURA 7: CUMPLIMIENTO DE GRAMAJES.	26
FIGURA 8 CUMPLIMIENTO DE RANGOS DE TEMPERATURA.....	26
FIGURA 9 EVALUACIÓN DE CARACTERÍSTICAS ORGANOLÉPTICAS.	26
FIGURA 10: NIVEL DE RESIDUOS GENERADOS POR NO CONSUMO.	27
FIGURA 11 EVOLUCIÓN DE PESO EN RESIDUOS.	28
FIGURA 12: TURISMO EN SALUD.	31
FIGURA 13: CRECIMIENTO DEL TURISMO MÉDICO	32
FIGURA 14: PACIENTES NO RESIDENTES.	33
FIGURA 15: EXPORTACIÓN DE TURISMO EN SALUD.	33
FIGURA 16: DESARROLLO DEL SECTOR.....	34
FIGURA 17: MEJORES PAÍSES EN EL SECTOR.	34
FIGURA 18: CONTRIBUCIÓN DE LA LOGÍSTICA HOSPITALARIAS.....	43

INTRODUCCIÓN

“La Asociación Colombiana de Nutrición Clínica ha mantenido el esfuerzo para incentivar los grupos de soporte metabólico y nutricional en el país”¹, sin embargo debido al desconocimiento de los importantes beneficios generados gracias a la presencia de estos grupos, tanto para los pacientes como en la gestión administrativa de hospitales y clínicas “ se ha encontrado una gran resistencia parte de los directivos de los hospitales, quienes aducen los costos como la primera causa de rechazo”²

No obstante a diferencia de lo que mucho directivos de hospitales y clínicas nacionales creen la implementación de estos grupos de soporte metabólico en el Hospital Universitario Mayor Mederi han generado importantes reducciones en costos e incluso un mejor percepción del servicio de salud prestado en la entidad, es por esta razón que decidimos documentar la evolución y desarrollo de estos procesos, teniendo en cuenta que el hospital Mederi es uno de los líderes nacionales en el desarrollo de este tipo de iniciativas.

Partiendo de la necesidad de los profesionales de la salud, como también de los profesionales administrativos del sector, de obtener información detallada y precisa, sobre como llevar a cabo buenas prácticas de gestión nutricional en una entidad hospitalaria, y como estas son de vital importancia no solo para el mejoramiento de los tratamientos de los pacientes, sino para la optimización de una serie de procesos administrativos que se encuentran presentes en el área, y que son soportados por una herramienta conocida como logística hospitalaria.

A través del análisis de una serie de procesos que serán descritos a continuación, se pretende demostrar como la logística hospitalaria es una herramienta que permite soportar todas las operaciones que están relacionadas con el flujo de los recursos existentes en un hospital así como el flujo de los pacientes a través de las diferentes líneas de espera presentes durante la prestación del servicio de salud. La función de esta herramienta no se limita tan solo al

¹Ver: Studley H: *“Percentage of weight loss. A basic indicator of surgical risk in patients with chronic peptic ulcer”*.1936

²Ver: Studley H: *“Percentage of weight loss. A basic indicator of surgical risk in patients with chronic peptic ulcer”*.1936

soporte de la operación, esta también pretende la consecución de un mejoramiento continuo en cada uno de los procesos presentes en la misma, mediante la aplicación de herramientas técnicas, o simplemente a través del análisis de todas y cada una de las actividades, para posteriormente sugerir diferentes estrategias que permitan mejorar los procesos ya establecidoLa evolución de la Nutrición Hospitalaria

LA EVOLUCIÓN DE LA LOGÍSTICA HOSPITALARIA

*“En 1932, la revista de la American Hospital Association incluía entre sus páginas el siguiente anuncio: La atención médica puede ser la mejor, el servicio de enfermería insuperable y el equipamiento el más moderno, pero lo que la mayoría de los pacientes recuerdan del hospital es la comida”*³. A principios del Siglo XX, los hospitales comprendieron la importancia que tenía el servicio de alimentación prestado a sus pacientes mientras se encontraban alojados en sus instalaciones, dando por primera vez el reconocimiento necesario a esta área. Anteriormente, la alimentación se consideraba como un área de soporte a los pacientes de cirugía y no como un área de vital importancia no sólo para la salud de todos los pacientes, sino para la percepción del servicio prestado.

Durante los años 30 inició en Estados Unidos y Canadá lo que se conoce como la revolución del paciente privado, enfoque desarrollado gracias a los conceptos definidos por la Asociación Hospitalaria Americana (AHA). Para ellos, los hospitales eran organizaciones donde convergen diversas actividades dentro de las que se encuentra la medicina. Su intención era hacer de estas instituciones entidades rentables y auto sostenibles, donde fuesen atendidos todo tipo de pacientes, teniendo en cuenta que el servicio prestado dependería del pago realizado.

Como consecuencia de estos nuevos parámetros, algunos hospitales tanto en Canadá como en Estados Unidos, implementaron departamentos de dietética con la intención de brindar un servicio de mayor calidad, sin dejar de lado el cumplimiento de los estándares para hacer rentables a estas instituciones. Para esto, dispusieron de un personal especializado que se encargaba de manejar esta área específicamente, desempeñando tres funciones básicas: ‘administrativas’ (sobre el servicio general de comidas), ‘terapéuticas’ (el diseño de dietas según las condiciones del paciente), y ‘educativas’ (capacitación al personal del hospital en materia de una elaboración adecuada de los procesos que participaban en la prestación del servicio).

³ Tomado de: “Fernando Salmón. Comida hospitalaria y alimentación científica del paciente en el primer tercio del siglo XX”

Sin embargo, el concepto de nutrición hospitalaria aún no era del todo un concepto terapéutico, ya que se enfocaba primordialmente en la forma de servir los alimentos, su temperatura, presentación y atractivo, dejando a un lado la misión esencial de este servicio. Esto indiscutiblemente generó una gran problemática, debido a que las dietas no se asignaban según las condiciones del paciente, sino según su posición socioeconómica. De hecho, para esta época en Estados Unidos ocurrió un recorte en el presupuesto disponible para la salud, llevando a que muchos de los nutricionistas y profesionales que tenían conocimiento, acerca de la importancia de los buenos procesos de nutrición fueran despedidos, anteponiendo los temas de reducción en los costos generados por estos procesos, a la salud misma de los pacientes.

A pesar de que durante los años treinta se vislumbraron los primeros conceptos en nutrición hospitalaria, sólo hasta finales de los setentas e inicios de los ochentas se desarrolló plenamente el concepto de nutrición hospitalaria en Estados Unidos. Uno de los primeros hospitales que implementó este enfoque, fue el Duke University Medical Center en 1978.

El primero en establecer la relación existente entre la desnutrición y la estadía de los pacientes en los hospitales fue el Doctor H. Studley, quien en 1936 observó que el 67% de los pacientes hospitalizados, en espera de una cirugía programada de úlcera péptica, perdieron entre el 16 y el 43 por ciento de su peso, con un significativo aumento de la tasa de mortalidad.⁴

Sin embargo fue hasta 1974 que Charles Butterworth, a través de un polémico artículo titulado “El esqueleto en el armario del hospital”, realizó la primera publicación al respecto, en la que se resaltaba la relevancia de llevar a cabo una gestión adecuada de los procesos de nutrición dentro de las instituciones prestadoras de salud, y de la evidente problemática que existía en los Estados Unidos con respecto a la nutrición hospitalaria.

La situación expuesta por Butterworth en ese momento no está muy alejada de la actual realidad colombiana. Según un estudio realizado por la Asociación Colombiana de Nutrición Clínica, en las áreas de Medicina Interna (MI) y Cirugía (Cx), del total de los pacientes

⁴Ver: Studley H: “Percentage of weightloss. A basic indicator of surgical risk in patients with chronic peptic ulcer”. 1936

evaluados “ El 53% de los pacientes de MI perdió peso en los últimos tres meses, 48,1% en Cx. 19,4% de los pacientes de MI y 15,6% de los de Cx perdieron entre 0 y 4 kg; 11,2% de los pacientes de MI perdió entre 5 y 8 Kg, y la misma proporción perdió más de 8 Kg. En Cx el 13,7% de los pacientes perdió más de 8 kg, mientras que el 13,7% perdió entre 5 y 8 kg. ”⁵

Butterworth aseguraba que la malnutrición hospitalaria era atribuible a los médicos, al menos de manera indirecta, pues ellos son los responsables de que sus pacientes permanezcan sin la alimentación adecuada por largos periodos de tiempo, incluso cuando no es requerido por alguna intervención. A pesar de que en cierta medida la responsabilidad recae sobre las decisiones tomadas por el médico tratante, vale aclarar que la mayoría de entidades hospitalarias son reacias a la implementación de grupos de soporte metabólico y nutricional, debido a una problemática directamente ligada a los costos. Sin embargo, los beneficios que traen este tipo de proyectos no son solo para el paciente, sino que mejoran la percepción de la calidad del servicio prestado por la institución y hacen de este uno más eficiente. Las malas prácticas nutricionales a nivel hospitalario se han convertido en uno de los principales causantes de la disminución en la calidad asistencial prestada por las instituciones de salud, las cuales no han establecido lineamientos claros acerca de la elaboración de planes que ayuden a mejorar la prestación de este servicio.

La carencia de una planeación adecuada de las funciones nutricionales que deben estar presentes a la hora del ingreso de un paciente a una entidad hospitalaria, no ha permitido la integralidad del servicio médico, pues entre los múltiples puntos a tenerse en cuenta a la hora de internar un paciente en una institución debe existir un plan nutricional individualizado, el cual realmente sea el adecuado para cada paciente, además de realizarse un monitoreo constante de su evolución y adaptación al tratamiento que se le está llevando a cabo. Sin estos, es imposible conseguir un servicio efectivo, pues como se mencionó anteriormente, las prácticas nutricionales no sólo ayudan a mejorar la percepción del paciente sobre el servicio

⁵ Ver: Clinical Nutrition News: “Malnutrición Hospitalaria: Experiencia del Nutrition Day 2010”, 2010

prestado, sino que influyen indiscutiblemente, sobre su estado de salud y la rápida evolución del mismo durante la estadía.

En cuanto a Colombia, las primeras entidades de salud que mostraron interés en el desarrollo de prácticas nutricionales fueron el Hospital de la Samaritana en 1979, y la Fundación Santa Fe 1985. Para el año 2011, *“Colombia cuenta con 41 grupos de soporte metabólico y nutricional, de los cuales, 20 se encuentran en Bogotá, 6 en Cali, 3 en Medellín, 3 en Barranquilla y 2 en otras ciudades. Muchos de ellos no están constituidos por todos los miembros reglamentarios de un grupo de soporte metabólico y nutricional, sino por dos o tres profesionales del equipo de salud. En la mayoría de los casos (82,9 %), el médico especialista es el coordinador del grupo.”*⁶

Para esta investigación se tomó como referencia al Hospital Universitario Mayor Méderi, (antigua Clínica San Pedro Claver), debido a que durante los últimos años su ejemplar gestión, no sólo en cuestiones nutricionales sino también a nivel de mejoramiento de procesos (gracias al uso de herramientas como la logística hospitalaria), han llevado a esta institución a elevar los estándares de la gestión hospitalaria y de la adecuada prestación de un servicio de salud integral en Colombia.

⁶ Tomado de: “Patricia Savino. Desnutrición hospitalaria: grupos de soporte metabólico y nutricional Segunda parte”

LA LOGÍSTICA HOSPITALARIA Y LA NUTRICIÓN

Para realizar un buen proceso de nutrición en una Institución Prestadora de Servicios de Salud, no es simplemente necesario realizar unas buenas prácticas terapéuticas que estén dirigidas hacia el mejoramiento de la salud del paciente. Aunque estas son el corazón de la operación, es indispensable entender que detrás de todo este servicio existen una serie de procesos que deben ser dirigidos desde una perspectiva administrativa, y es aquí donde entra a jugar un rol vital el concepto de logística hospitalaria.

Las instituciones hospitalarias pocas veces son comprendidas como sistemas complejos en los cuales interactúan diferentes disciplinas que se dedican a realizar actividades totalmente diferentes, pero que están encaminadas a un mismo objetivo: Prestar un servicio y atención de calidad a sus usuarios. Es difícil creer que en el momento en que como pacientes recibimos nuestro plato de comida en una habitación, estamos siendo parte de un proceso que empieza mucho tiempo atrás, y que está articulado no sólo por las personas que se encargan de prestarnos la atención hospitalaria sino por personas ajenas a las ciencias de la salud que se encargan de la preparación, alistamiento, controles de calidad, diseños de rutas de distribución, envío de órdenes de pedido, análisis del consumo, planeación y compras, entre otros procesos; los cuales dan soporte a toda la operación y permiten que llegue nuestra dieta indicada a la hora indicada, en el lugar indicado.

Entender la existencia de diversas actividades que actúan en la prestación de un servicio, permite aclarar la presencia de una serie de relaciones similares a las de un sistema complejo en el cual todos los actores presentes en el sistema deben estar sincronizados, puesto que la estrecha dependencia entre unos y otros garantiza el éxito del funcionamiento del sistema. Ahora bien, si alguno falla, hay descompensación en el sistema, puesto que afecta no sólo a una sino a todas las actividades que llevan a cabo los diferentes actores, lo que significa una falla global que no permite la consecución del objetivo para el cual está elaborado el sistema. Según Antonio José López, (Docente Investigador en Planeación socioeconómica) *“El concepto de sistema, desde el paradigma sistémico, está constituido por un concepto de tres caras: ‘sistema’, expresa una unidad compleja y el carácter fenoménico del todo, así como lo complejo de las relaciones del todo con las partes; ‘interacciones’, expresa el conjunto de las relaciones, acciones y restricciones, que se efectúan y tejen en un sistema; y*

‘organización’, que expresa el carácter constitutivo de estas interacciones –lo que forma, mantiene, protege, regula, rige, regenera- y que confiere su columna vertebral a la idea del sistema.’”⁷

En el caso de estudio esta estructura aplica de manera extraordinaria, puesto que para cada uno de estos actores hay un símil directo con una entidad hospitalaria. Entendemos entonces como “sistema” a la Institución y su necesidad de ofrecer un servicio integral de salud, teniendo en cuenta todas las posibles patologías que necesitan ser tratadas; las “interacciones” son todas aquellas actividades que llevan a cabo las diferentes áreas presentes en la institución (dentro de estas no sólo diferenciamos las áreas de salud sino también las áreas de soporte y administración) que permiten el cumplimiento del servicio solicitado por el usuario; y la “organización” que como columna vertebral del sistema se refiere directamente al concepto de logística hospitalaria.

La logística hospitalaria es una herramienta que permite soportar todas las operaciones relacionadas con el flujo de los recursos existentes en un hospital, además del flujo de los pacientes a través de las diferentes líneas de espera presentes durante la prestación del servicio de salud. La función de esta herramienta no se limita tan solo al soporte de la operación, también busca el mejoramiento continuo en cada uno de los procesos que forman parte de la misma, a través de la aplicación de herramientas técnicas, o simplemente mediante el análisis de todas y cada una de las actividades, para posteriormente sugerir diferentes estrategias que permitan mejorar los procesos ya establecidos. Ahora bien, en un centro hospitalario hay muchísimos procesos interrelacionados que intervienen en la prestación de un solo servicio, es entonces cuando la labor de la logística hospitalaria se torna compleja (mas no imposible).

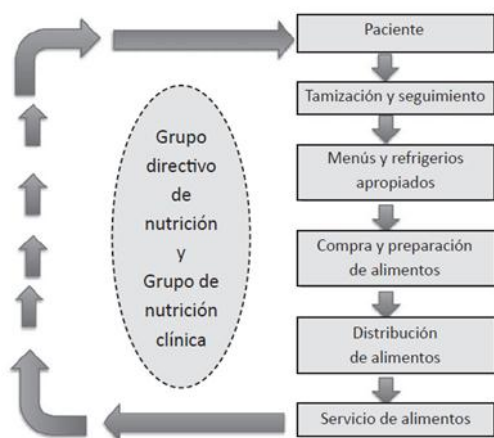
De esta manera, es posible entender la importancia de aplicar un manejo logístico en las entidades hospitalarias, pues visto desde la perspectiva de un sistema complejo, es necesario contar con una herramienta que conecte y facilite la interacción existente entre las diferentes áreas presentes en la organización, con el fin no sólo de controlar costos y mejorar procesos,

⁷ Tomado de: López, Antonio José *“Efectos de desarticulación: Aspectos teóricos en el marco de la sostenibilidad”* 2004

sino también con el de dar soporte al personal médico, informándole acerca de herramientas administrativas que le ayuden a realizar una mejor labor

PRÁCTICAS DE NUTRICIÓN EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR MÉDERI

Para el año 2001, con la intención de crear un parámetro estándar para la prestación de un servicio de nutrición ideal, Kondrup J., estableció un ciclo con una serie de pasos críticos que



*Figura 1: LA CADENA DE ALIMENTOS.
Tomado de la clínica nutricional 2008*

intervienen en el proceso de alimentación de un paciente interno.

Dicho ciclo inicia en el momento en el que el paciente ingresa a la institución, requiriendo la prestación de un servicio en particular. A continuación, se plantea como parte esencial del proceso la realización de un tamizaje nutricional que permita identificar los posibles riesgos nutricionales asociados con la condición particular del paciente. Además, se requiere que

se ejecuten procesos de seguimiento que permitan monitorear la evolución constante del paciente en riesgo para la correcta asignación de su dieta, ofreciendo el menú y esperando su aceptación.

Desde el momento en que la administración Méderi toma el control de la institución San Pedro Claver, (hoy Hospital Universitario Mayor Méderi), se desarrollan una serie de políticas y lineamientos a través de los cuales sea posible garantizar a los usuarios no sólo un servicio de calidad, sino el cumplimiento de las normas establecidas por el Estado para proteger a quienes hagan uso del servicio de salud en esta entidad. Como primera medida, se establecieron una serie de indicadores que le permitieran a la administración medir la forma en la que se estaban llevando a cabo cada una de las actividades presentes en la organización, y basados en los resultados obtenidos, se pudieran identificar las falencias existentes.

Teniendo claro lo anterior, fue posible crear una serie de proyectos y programas que permitieran llevar a cabo la evaluación y monitoreo de cada una de las áreas de la entidad,

para así comenzar a dar solución a los problemas encontrados en cada una de ellas. Dentro de estas iniciativas, nace el programa Paciente Seguro.

La iniciativa Seguridad del Paciente, nace en Colombia, como respuesta a la necesidad de que las entidades hospitalarias elaboren planes de contingencia que mitiguen las posibles situaciones de riesgo presentes en la organización, las cuales pueden afectar la seguridad de los pacientes; esto con el fin de disminuir la probabilidad de que se enfrenten eventos adversos en este tipo de entidades.

“La Política de Seguridad del Paciente tiene como objetivo base direccionar las políticas institucionales hacia la promoción de una atención segura a través del diseño de procesos estandarizados, esto permitirá disminuir los riesgos en la atención, prevenir la ocurrencia de eventos adversos, adoptar herramientas que mejoren las barreras de seguridad, mejorar canales de comunicación entre los diferentes actores del sistema de salud, lo cual se verá reflejado en la satisfacción de nuestros usuarios al ver las mejoras en la seguridad de los procesos de atención.”⁸

El Ministerio de la Protección Social adaptó de la Organización Mundial de la Salud para Colombia los tipos de atención inseguros en salud que pueden causar eventos adversos. Uno de ellos, el numeral 7, hace referencia a la importancia y forma de gestionar el área de nutrición y de la posibilidad de que allí ocurran problemas relacionados con la alimentación. Como respuesta a dicha situación y a la búsqueda del mejoramiento continuo al interior del hospital en cuestiones de alimentación a los pacientes, se incluyeron conceptos como paciente equivocado, dieta incorrecta, cantidad incorrecta, frecuencia incorrecta, consistencia incorrecta y almacenamiento incorrecto.

En la búsqueda de llevar la iniciativa de paciente seguro a todas las áreas de la entidad, se establecen los lineamientos por los cuales debe regirse el área de Nutrición y Soporte Metabólico. Para esto se realizan, de igual manera, actividades de medición y seguimiento al servicio prestado, con las que se pretende identificar cuáles de las actividades que se están

⁸ Tomado de: Pinzón Olga, Sierra Nelson “Lineamientos para la creación de un modelo de gestión de la atención nutricional, resultados y propuestas para instituciones prestadoras de servicios de salud”

llevando a cabo pueden afectar directa o indirectamente los procesos de diseño y elaboración de las dietas correspondientes.

“Desde la constitución de Méderi, se han diseñado estrategias que permitan velar por el suministro seguro de alimentación y formulas nutricionales a nuestros pacientes. Cada año se ha fortalecido el seguimiento nutricional de los pacientes en lo referente a las acciones en nutrición que propenden por la seguridad del paciente”⁹.

Es aquí donde se da inicio a la implementación de un modelo similar al planteado por Kondrup. Para llevar a cabo dicha implementación, no sólo se ha necesitado de la experiencia profesional de la Dra. Olga Lucia Pinzón, quien ha sido la persona encargada de desarrollar e internalizar en la institución la importancia de la gestión nutricional hospitalaria, y además de elaborar nuevos proyectos, que hoy día convierten al área de nutrición hospitalaria de la institución en un modelo ejemplar a nivel nacional, que realiza prácticas vanguardistas y que se apoya en herramientas como la logística hospitalaria, para llevarlas a cabo día a día, haciendo de estas unas más eficientes con el paso del tiempo.

Manejo Individualizado del paciente:

Desde el momento en que la administración Méderi asumió el control y la dirección de la antigua Clínica San Pedro Claver, se puso en marcha el desarrollo de una serie de políticas en el área de nutrición que buscaban mejorar radicalmente el servicio de alimentación para el área de hospitalización en la Institución. Esto se realizó en principio con el fin de mejorar el estado de salud de los pacientes a través de una atención nutricional íntegra, que ofreciera dietas balanceadas y adecuadas para los diferentes pacientes, consiguiendo así llevar a cabo un control adecuado y terapéutico de la evolución durante su estadía en las instalaciones del hospital.

Esta iniciativa adopta el nombre de “Manejo Individualizado del Paciente” y parte de una investigación realizada por las nutricionistas clínicas de la Institución, en la que se evidencia que una de las principales causas de las largas estadías de los pacientes en la institución radicaba en los problemas de malnutrición, que no contribuían a la evolución positiva de los

⁹ Tomado de: Pinzón Olga, Sierra Nelson “Lineamientos para la creación de un modelo de gestión de la atención nutricional, resultados y propuestas para instituciones prestadoras de servicios de salud”

tratamientos que se llevaban a cabo. Se entiende entonces que la internalización de una serie de conceptos y de procedimientos en la institución es necesaria para dar inicio a la implementación de determinados protocolos para el desarrollo adecuado de los procedimientos que hoy se llevan a cabo en dicha área.

En el momento en que la administración Méderi inicia su gestión y recibe el departamento de nutrición hospitalaria, las condiciones en las que se encontraba dicha área, no eran las más aptas para el buen desarrollo de la operación. Es entonces, gracias a la alianza entre el departamento de nutrición y el *Outsourcing* encargado de la preparación de las dietas (Sodexo Colombia), que las partes interesadas en mejorar las condiciones del departamento deciden realizar un análisis de todas y cada una de las variables que intervienen en el proceso de preparación y alistamiento de dietas, y en el diseño de las mismas.

Bajo el marco puramente terapéutico, se encuentra la necesidad de revisar los registros clínicos en el momento en que ingresaban todos y cada uno de los pacientes, y así mismo, de llevar a cabo un análisis detallado de las diferentes patologías existentes para su posterior tratamiento nutricional y para la realización de las respectivas recomendaciones de egreso sobre la importancia del cuidado nutricional. Esto arroja un resultado que permite determinar el nivel de riesgo nutricional en el que se encuentran los pacientes mientras se encuentran alojados en el hospital, dejando entonces una nueva inquietud en el personal encargado de estos análisis.

La posibilidad de que los pacientes puedan padecer una enfermedad u otro tipo de complicaciones a causa de problemas y alteraciones en el estado su nutrición lleva al departamento a realizar modificaciones importantes en sus procesos internos y en los procesos vinculados con el área de cocina, en donde se preparan y ensamblan las dietas.

La primera medida que se tomó estaba enfocada hacia el mejoramiento del instructivo para la programación de dietas que existía en ese momento. En principio, dicha planilla no manejaba un concepto de individualización de las dietas, y se diligenciaba únicamente conforme al tipo patología correspondiente al menú diario, desconociendo otras especificaciones importantes para la prestación adecuada del servicio. Se incluyen entonces en dicho documento dos casillas que permiten identificar de mejor manera la condición

particular de cada tratamiento y factores como el nivel de carga bacteriana o si debe o no ser una dieta astringente, entre otros datos que no se tenían en cuenta y que definitivamente permiten hacer un diagnóstico más acertado de la condición del paciente y realizar un tratamiento mucho más benéfico para su salud.

Además de la modificación en el instructivo, se consiguió sistematizar por primera vez los datos obtenidos, logrando así crear un historial que no sólo permitiera la facilidad para la consecución de los datos, sino que también permitiera realizar observaciones que contribuyeran al mejoramiento de los procesos y del protocolo de programación de dietas, dando paso así a un proceso crucial y realmente importante en la institución, el tamizaje nutricional, el cual explicaremos más adelante.

El concepto de Manejo Individualizado del Paciente no sólo mejora la calidad en la programación de dietas. Como habíamos mencionado anteriormente, para conseguir estos avances los actores presentes en la prestación de este servicio comenzaron un trabajo mancomunado en el que la prioridad era mejorar la calidad del servicio prestado y de la alimentación ofrecida a los pacientes. Es por esta razón que el departamento de nutrición solicita al área de cocina (la cual actualmente dirige por *outsourcing* el grupo Sodexo, encargado de la producción y ensamblaje de dietas) colaboración por parte de su equipo (empleados, nutricionistas y administrativos), para llevar a cabo la implementación de esta, y de otra serie de iniciativas, que más tarde implicarían un mayor nivel de interacción por parte de la compañía. Por otra parte, el departamento de nutrición comienza a trabajar de la mano con otras áreas de la institución como urgencias y neonatos, demostrando la importancia de sus procedimientos en el resto de la institución, y la necesidad existente de trabajar mancomunadamente por un beneficio general.

Si bien es cierto que este no es el primer paso que se ejecuta en el momento en el que ingresa un paciente a la Institución, vale la pena aclarar que se menciona primero en el texto ya que en el momento en que inicia la administración Méderi, esta es la primera práctica que se lleva a cabo, y que como mencionamos anteriormente da paso a otras iniciativas que se adaptan de mejor manera al modelo de Kondrup.

Tamizaje Nutricional

Como se mencionó anteriormente, el soporte nutricional es un proceso de apoyo en la prestación del servicio de salud. Este inicia con la identificación del nivel de riesgo nutricional de los pacientes a través de un proceso denominado tamizaje nutricional, etapa neurálgica dentro de lo que se conoce como soporte nutricional, ya que de ésta depende el adecuado manejo del paciente, así como la asignación del tipo de dieta correspondiente para el caso.

Según estudios realizados durante los últimos años se ha demostrado *“que la desnutrición empeora durante la hospitalización, cuando no se inicia un soporte nutricional oportuno, generando retrasos en la recuperación, prolongación de la estancia hospitalaria, aumentos en la tasa de readmisión, la susceptibilidad a infecciones y una reducción de la calidad de vida, la cual se ve consideradamente afectada. Lo anterior contribuye a aumentar la morbilidad y mortalidad de los pacientes, incrementando los costos de la atención en salud”*¹⁰.

Para el caso Colombiano se han realizado estudios como el Nutrition Day durante 2010, a través del cual se ha establecido que en Colombia aún existen importantes falencias en lo que respecta a la prestación del servicio de alimentación. Basado en lo anterior, la Asociación Colombiana de Nutrición Clínica (ACNC), ha establecido diferentes recomendaciones con la intención de mejorar este servicio en clínicas y hospitales, reduciendo de esta forma los porcentajes de desnutrición hospitalaria a nivel nacional. La ACNC establece la necesidad de *“realizar a todos los pacientes que ingresan un tamizaje nutricional para identificar el riesgo. Este tamizaje se debe hacer antes de las primeras 48 horas de ingreso”*¹¹. No obstante, desde el año 2009 el Hospital Universitario Méderi ha desarrollado procesos de tamizaje tanto en piso como en urgencias, esto con la intención no solo de cumplir con el

¹⁰Tomado de: Angarita López, Claudia “ Malnutrición hospitalaria: Experiencia del Nutrition Day” 2010

¹¹Tomado de: Angarita López, Claudia “ Malnutrición hospitalaria: Experiencia del Nutrition Day” 2010

objetivo propuesto por la Asociación Colombiana de Nutrición Clínica, sino también de mejorar continuamente el servicio de alimentación ofrecido.

En principio, la meta del departamento de nutrición era tamizar de forma breve y efectiva todos los pacientes que ingresaran al hospital, haciendo un seguimiento juicioso de los mismos durante su estancia. Para lograrlo, se desarrolló una alianza con Sodexo en la que se establecía que Sodexo brindaría parte del personal de apoyo en el área de nutrición. Es entonces cuando se crean grupos de nutricionistas asignados a cada área del hospital. Se puede decir que el staff de nutricionistas se divide principalmente en dos grupos: los encargados de piso y el grupo de urgencias. En piso estos grupos están conformados por dos nutricionistas (una por ala) que hacen parte del grupo Sodexo y una nutricionista encargada de piso perteneciente al área de gestión nutricional de Méderi. Las funciones de las nutricionistas de cada ala son:

- Visitarlos pacientes asignados y revisar dietas
- Revisar el censo
- Revisar los ingresos de nuevos pacientes
- Entregar lista de dietas

De igual forma, se encargan monitorear y diligenciar formatos denominados “Patrón de Consumo”. Estos formatos son un mecanismo implementado y desarrollado por el área de nutrición, con la intención de vigilar minuciosamente la ingesta de alimentos de cada uno de los pacientes. En caso de presentarse algún tipo anomalía en el proceso, se debe realizar una visita al paciente, para a continuación aplicar un tamizaje amplio y detallado que permita establecer la causa de la anorexia presente.

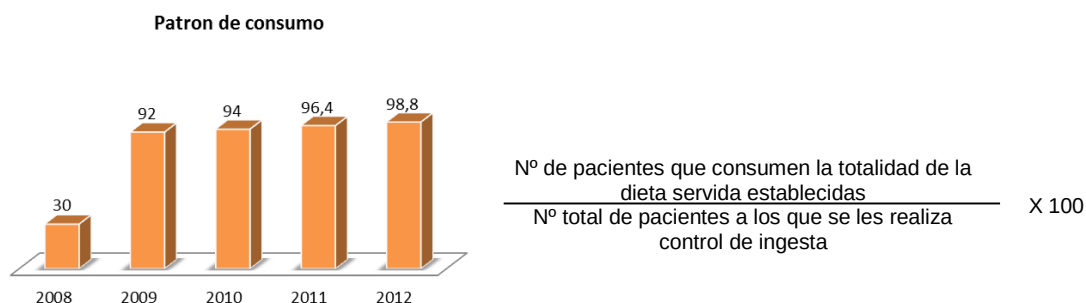


Figura 2: Patrón de consumo. Elaboración del autor

La gráfica anterior muestra la evolución del patrón de consumo desde el momento en el que Méderi tomo la administración del antiguo hospital San Pedro Claver. Es evidente la evolución positiva e los consumos durante los últimos años gracias a la iniciativa del Club Gastronómico, la cual será explicada con detalles más adelante.

Ahora bien, en lo que respecta al área de Urgencias, como se señaló, se asigna un grupo de nutricionistas encargadas de llevar a cabo los procesos de tamizaje. En este caso, el tamizaje que se realiza se basa en el Método de Ferguson, buscando en lo posible hacer de este un proceso rápido y eficiente; es por esto que aunque los formatos desarrollados e implementados al interior del hospital son breves, permiten establecer de forma rápida el nivel de riesgo nutricional del paciente. A continuación se puede observar el cuestionario utilizado.

ORGANIZACIÓN	PROCESO	
 méderi	TAMIZAJE NUTRICIONAL	NUTRICION
FECHA:	NOMBRE:	C.C. N°
1, ¿Ha perdido peso recientemente de forma no intensional?		
No	0	
No esta seguro	2	
En caso afirmativo	2	
2, ¿Si ha perdido peso cuanto peso ha perdido?		
1-5,9 Kg	1	
6-10,5 Kg	2	
10,6-15 Kg	3	
>15 Kg	4	
No esta seguro	2	
Puntaje de perdida de peso		
3, ¿Se alimenta deficientemente por falta de apetito?		
No	0	
Si	1	
Puntaje Falta de Apetito		
TOTAL DE PUNTAJE DE PERDIDA DE PESO Y APETITO		

Figura 3: Formato de tamizaje nutricional. Tomado de lineamientos para la creación de un modelo de gestión de la atención nutricional.

Como se puede observar en el formato a cada una de las respuestas se le asigna un puntaje a través del cual es posible establecer el nivel de riesgo paciente, que se divide en tres rangos: entre 0 y 2 es bajo, y por tanto el paciente debe recibir educación nutricional. Entre 3 y 5 es moderado, por tanto requiere atención nutricional hospitalaria. Finalmente, si es mayor a 6, el riesgo es alto y por tanto se requiere una intervención inmediata.

Este proyecto inició en marzo de 2009. Para entonces se tamizaba tan solo el 10% de los pacientes ingresados. Sin embargo, durante los meses siguientes, gracias a las estrategias desarrolladas y a un mejor manejo de los protocolos y procesos por parte del personal, se logró llegar a tamizar cerca de un 75% de los pacientes ingresados para julio del mismo año. En la gráfica se puede observar la evolución del porcentaje de pacientes tamizados durante el 2009, cuando se dio inicio al programa.

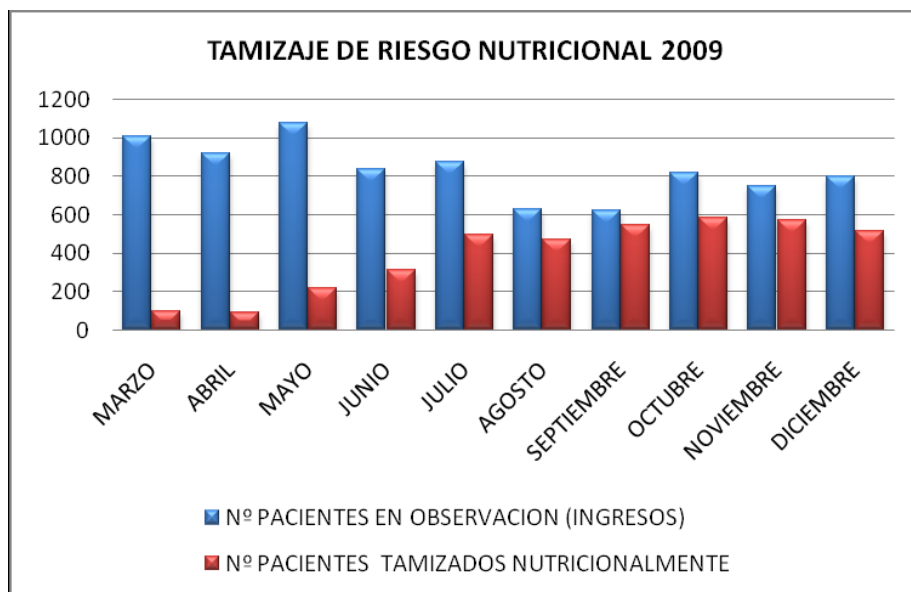


Figura 4: Tamizaje de riesgo nutricional. Tomado de Lineamientos para la creación de un modelo de gestión de la atención nutricional, resultados y propuestas para instituciones prestadoras de servicios de salud

En la actualidad, Méderi tamiza cerca del 100% de sus pacientes, garantizando de esta forma una mejor calidad en el servicio prestado en términos de eficacia médica y disminución de costos operacionales.

Proyecto Club Gastronómico (Menús y Refrigerios Apropriados, Compra y Preparación de alimentos, Distribución de Alimentos)

Según el artículo: *Nutrición Hospitalaria: Gestión en Nutrición Clínica* “El concepto de hospital ha ido cambiando, así como su actividad, a lo largo de los años. En la actualidad el hospital ya no es un centro de caridad sino que se ha convertido en una empresa de servicios, una empresa de utilidad pública para la promoción de la salud que debe ser gestionada con criterios de eficacia, eficiencia, equidad y calidad”¹².

Dentro de estos criterios, la gestión en nutrición clínica, al igual que en las demás áreas, juega un rol fundamental en el funcionamiento eficaz y eficiente de una institución. De esto

¹² Tomado de: “Nutrición Hospitalaria: Gestión en Nutrición Clínica” Álvarez J., Monereo S., Ortiz O., Salido C., 2004.

entonces se derivan una serie de variables que intervienen en el proceso de nutrición clínica, las cuales hemos analizado una a una hasta este punto.

Para el año 2009, se empezaron a realizar una serie de cambios importantes en el Hospital Universitario Mayor Méderi en términos de gestión nutricional. Uno de los más representativos, y que hoy día es un factor diferenciador en la prestación del servicio de alimentación hospitalaria, es la creación de un proyecto conocido como “Club Gastronómico”. Esta iniciativa nace de la idea de innovar en la prestación del servicio de alimentación en la Institución con el fin de satisfacer de mejor manera a los pacientes que se encuentran internos en las diferentes áreas de hospitalización, además de concebir un factor diferenciador con el resto de Instituciones a través de un plus en el servicio.

Para entender de mejor manera la idea principal del proyecto, analizaremos los objetivos básicos planteados por la institución, que hoy día son pilares en el buen funcionamiento y desarrollo de la iniciativa.

La decisión de subcontratar a una compañía para que se encargue del proceso productivo está estrictamente ligada a dos conceptos logísticos: rentabilidad y eficiencia. Dentro de la cadena de suministros, en el proceso de abastecimiento (en el cual las compañías adquieren las materias primas o productos necesarios para ejecutar sus operaciones) el concepto de *outsourcing* se convierte en una de las decisiones más importantes que deben tomarse a nivel gerencial, pues pueden llegar a determinar la existencia de factores diferenciadores en el desarrollo de los procesos que lleva a cabo la organización. *“La meta del abastecimiento es permitir que los pedidos se coloquen y entreguen según lo previsto y al costo más bajo posible”*¹³

Teniendo en cuenta la importancia de los conceptos anteriores, es válido el cuestionamiento de si debe o no incorporarse un tercero a la cadena. Un servicio se subcontrata si mejora la rentabilidad sin aumentar de forma importante los riesgos que representa dicha incorporación. La respuesta está dada exclusivamente por las necesidades de la compañía y

¹³ Tomado de: Sunil Chopra “Administración de la Cadena de Suministro” Tercera edición, 2008

por el nivel de eficiencia que se busque en todos y cada uno de los procesos. Si bien es cierto que la subcontratación estimula la rentabilidad, no podemos obviar el riesgo latente en desagregar uno de los procesos de la administración central, y dejarlo en manos de una compañía con políticas y procesos totalmente diferentes a los que se emplean dentro de nuestra organización. En este momento se corre el riesgo de que aparezcan divergencias notables que terminen afectando de manera negativa el proceso cuya eficiencia se buscaba mejorar.

Para nuestro caso de estudio la mejora en el servicio de alimentación era necesaria, ya que estaba estrictamente ligada a las nuevas políticas enfocadas en cambiar el concepto de centro de caridad por el de entidad prestadora de servicios de salud. Por esta razón, debía entenderse el proceso de dietas como algo más que una actividad de soporte metabólico; ahora esta se entendía como un servicio integral que no sólo cumplía sus funciones netamente clínicas, sino que también debía generar un valor agregado que cumpliera con las expectativas del cliente, y a su vez con los lineamientos de la administración, lo que se buscaba realizar a través del proceso de subcontratación.

Pero como mencionamos anteriormente, el riesgo existente en entregar un proceso a una administración diferente, dificulta la toma de este tipo de decisiones. Es claro que el proceso de nutrición es de vital importancia en el servicio de hospitalización que brinda una institución prestadora de salud, y que debe cumplir con una serie de requerimientos estrictos, muy diferentes a los que pueden presentarse en otras instituciones que presten servicio de alimentación a sus clientes. Por esta razón, la administración central debía generar un tipo de estrategia de integración en la cual el proveedor del servicio trabajara de la mano con el área de gestión nutricional del hospital.

A medida que las compañías evolucionan y avanzan en pro de mejorar sus procesos la cadena de suministros gana complejidad, por esta razón es necesario que las instituciones se integren cada vez más tanto con sus proveedores como con sus clientes. Este tipo de integración conocida como integración vertical puede tener varios enfoques según su alcance. Para el

caso Méderi, la integración existente entre el área de Gestión Nutricional y el proveedor de servicios de alimentación es colaborativa.

En actualidad, Méderi terceriza el servicio de abastecimiento, producción y distribución de dietas buscando cumplir con las premisas básicas de todo proceso: auto-sostenibilidad y rentabilidad. Basado en lo anterior y con la intención de aumentar la rentabilidad del proceso, Méderi subcontrata a Sodexo para garantizar un aumento en la capacidad de producción, reducción de costos y mejora en el nivel de calidad de las dietas.

Posteriormente, se buscó mejorar la atención brindada a los pacientes en términos nutricionales. Como se ha explicado anteriormente, los directivos del área llegaron a la conclusión de que la nutrición es fundamental para la recuperación y el tratamiento de los pacientes. Partiendo del deterioro del servicio que existía en la institución durante la administración San Pedro Claver, el área de nutrición determina que es fundamental dar inicio a una iniciativa que se encargue de solucionar este inconveniente mediante la articulación de diferentes aspectos importantes para la adecuada prestación del servicio de alimentación.

Dentro de estos aspectos identificamos dos baluartes de gran impacto en toda organización: la academia y el talento humano. La integración de estos dos permite a cualquier entidad desarrollar conceptos como innovación, productividad, ventaja competitiva, investigación y desarrollo. De esta, manera la administración Méderi enfoca sus proyectos hacia la integración de estos dos recursos, para el adecuado funcionamiento de todas y cada una de sus áreas.

Una vez direccionados los lineamientos y articulados los recursos, es evidente la evolución y mejora en la calidad tanto de los procedimientos como del servicio prestado. El área de nutrición del Hospital Universitario Mayor Méderi, dentro de sus objetivos plantea aumentar la visibilidad de la calidad de la alimentación, siendo consecuente con las políticas generales de la institución.

Para lograr dar muestra de la mejora en la calidad del servicio, el área de gestión nutricional del Hospital como primer accionar, comprende la importancia de crear una relación con su proveedor de alimentos Sodexo, en la cual existiera una sinergia que permitiera a las dos entidades no sólo entablar una relación gana-gana, en términos económicos, sino que de igual forma se pudiera retroalimentar el conocimiento y la experiencia de cada una de ellas con el fin de mejorar cada vez más la prestación del servicio. Esta alianza estratégica logra llevarse a cabo gracias a las buenas relaciones entre las personas encargadas de las dos direcciones: en representación de Sodexo, la administración está a cargo de la Sra. Myriam Jiménez y para el Hospital Universitario Mayor Méderi, la Dra. Olga Lucia Pinzón, persona encargada del departamento de nutrición hospitalaria, quien a su vez es la autora del modelo de gestión nutricional, implementado y desarrollado durante los últimos años en la institución.

La iniciativa nace de analizar los ciclos de menú y las preparaciones que existían en ese entonces y el impacto de estas sobre la percepción del servicio, además del agrado de los pacientes por las dietas suministradas. Como resultado, se obtiene que para el año 2010 existía un ciclo de preparaciones para 21 días, el cual estaba generando altas repeticiones en los menús ofrecidos a los pacientes. Podía evidenciarse en casos como el siguiente: En una semana se daba Sopa de Verduras con 3 o 4 nombres diferentes, es decir, se le ofrecía al paciente una “variedad” de nombres mas no de menús, se podía encontrar el día Lunes sopa campesina, el día martes sopa verde y el día miércoles sopa vegetariana. Claramente hay una variación en el nombre del menú, mas no en el producto ofrecido, pues el alimento brindado era el mismo para todos los casos. Con el proyecto del “Club Gastronómico”, se pretendía migrar de este tipo de alimentación no selectiva, a una alimentación particularizada en la que se tuviera en cuenta los hábitos alimentarios y la aceptación de los pacientes, con el fin de ser consecuentes con las políticas del manejo individualizado del paciente.

Una de las principales quejas de los pacientes en cuanto a la percepción del servicio prestado hace referencia al tipo de alimentación ofrecido, problemática que en la mayor parte de los casos, genera inconformidad entre los pacientes, pues estos aseguran que la dieta

ALIMENTACION ACTUAL	ALIMENTACION PROYECTO
CICLO DE 21 DIAS ALTA REPETICION DE PREPARACIONES ALIMENTACION "HOSPITAL"	CICLO DE 8 DIAS – PREPARACIONES DIETA GOURMET
MENU UNICO PARA COMEDOR Y PACIENTES	SE TRABAJARAN 2 LINEAS -PACIENTES -COMEDOR
ALIMENTACION NO SELECTIVA	IMPLEMENTARA FLEXIMENU
CICLOS ELABORADOS SEGÚN CONCEPTO TECNICO – NUTRICIONAL	SE INCLUIRA EN EL CICLO PREPARACIONES TENIENDO EN CUENTA HABITOS ALIMENTARIOS Y ACEPTACION DE LOS PACIENTES

Figura 5: Proyecto de alimentación. Tomado de "Proyecto Club Gastronómico" Hospital Universitario Mayor Méderi.

suministrada es una dieta baja en sal, o una dieta líquida, y exigen que sea cambiada o simplemente no la consumen. Lo que el paciente desconoce, es que según su diagnóstico, la dieta debe cumplir una serie de requisitos, que contribuyan al mejoramiento de su estado de salud.

Con la intención de solucionar este inconveniente e informar al paciente del porqué de su dieta, el departamento de nutrición de Hospital Méderi, crea un canal de comunicación con el paciente, a través de la implementación de un individual en el cual se explica, de forma amigable al paciente, el tipo de dieta que se le está suministrando. Esto con dos fines: el primero, hacer entender al paciente que el servicio de alimentación no está presentando fallas en la preparación de sus menús, sino que por el contrario es un servicio individualizado que se preocupa por la condición de cada paciente, y que es parte fundamental del manejo integral para su recuperación. El segundo es informarle al paciente (ya que muchos desconocen los cuidados que deben tenerse en la ingesta de alimentos) cuál debe ser su tipo de alimentación diaria según su condición de salud, esto con el fin de realizar un educación nutricional al paciente, que sea vista como un valor agregado al servicio. En estos individuales se especifica, qué tipo de frutas y verduras, entre otros productos, deben consumirse y cuáles no, y la forma de preparación ideal de estos.



Figura 6: Individuales informativo. Tomado de "Proyecto Club Gastronómico" Hospital Universitario Mayor Méderi.

A consecuencia de estos pequeños cambios, se llega a una de las iniciativas más exitosas hoy en día en la institución: el diseño del Flexi-Menú. *“En el año 2010 se realizó un análisis de los ciclos de menús y sus preparaciones, realizando una evolución gastronómica a la alimentación ofrecida en el año 2011. El fleximenú se ha implementado para las dietas normales y en el año 2012 se expande a dietas terapéuticas. En el Hospital Universitario Mayor se distribuyen en promedio 59. 836 menús al mes y de ellos el 80.2% corresponden a dietas con manejo nutricional individualizado.*

Para la elaboración de los menús se ha tenido en cuenta los hábitos de alimentación de nuestra población y la gastronomía Colombiana e Internacional. Así en Méderi ofrecemos platos típicos como el ajiaco, platos cartageneros con pescado, sobre barriga al horno y platos internacionales como la Lasaña, Goulash Húngaro y Steak Napolitano entre otros. Actualmente, hay 18 dietas terapéuticas diferentes, las cuales son programadas por Nutricionistas de acuerdo a la patología del paciente. Los pacientes a quienes se les ofrece el fleximenú, por ejemplo, tienen la opción de elegir entre dos opciones diferentes en las comidas principales, ejemplo de ello es que en una cena pueden elegir entre fricasé de pollo o goulash húngaro, frutas, jugos y postres. Las Auxiliares de Dietas, previa educación por Nutricionista, acompañan al paciente en la selección en el Fleximenú de lo que quieren comer al día siguiente, entre la variedad de platos previstos.”¹⁴

La elaboración de este concepto lleva a que el ciclo de preparaciones se reduzca de 21 a 8 días, permitiendo que se implementaran los nuevos platos de las diferentes gastronomías del mundo, haciendo del menú uno más exclusivo y atractivo para los pacientes. Es de esta manera que puede evidenciarse cómo el concepto de hotelería hospitalaria toma forma y demuestra que el Hospital Universitario Mayor Méderi está llevando a cabo prácticas del nivel de las grandes clínicas del mundo.

En un principio, Sodexo no estaba de acuerdo con la iniciativa porque afirmaba que con este tipo de menús incrementarían los costos de elaboración, razón por la cual el departamento de nutrición comenzó a trabajar en equipo con el *Outsourcing*, con el fin de demostrar que al

¹⁴ Tomado de: *“Informe de Gestión Anual 2011”*, Departamento de Nutrición, Hospital Universitario Mayor Méderi.

reducir los ciclos de preparaciones, se reducirían los costos y de esta manera podrían brindar los menús propuestos. La iniciativa tuvo una muy buena acogida, y en sus primeros meses de funcionamiento mostró resultados determinantes en factores como la reducción de costos y un incremento significativo en el consumo de las dietas por parte de los pacientes, pasando de un 30% del plato en 2008 a un 98,8% del plato en 2012.

El éxito de esta campaña dio pie para que aparecieran otras iniciativas en el área. Por ejemplo, el chef empezó a visitar a los pacientes para escuchar los comentarios y sugerencias que tenían sobre su trabajo y sobre los menús ofrecidos, consiguiendo un alto grado de aceptación por parte de los pacientes, los cuales se mostraban agradecidos y satisfechos con los alimentos suministrados a diario por el hospital. También se creó un libro llamado “Álbum de Sugerencias”, en el cual se esperaba que los pacientes realizaran comentarios para mejorar el servicio, y que por el contrario se convirtió en un libro de agradecimientos por parte de los pacientes, quienes resaltan la labor realizada por el área y felicitan a la institución por el buen servicio de alimentación prestado durante su estadía.

Servicio de Alimentos (Gestión de Residuos)

En la actualidad los hospitales y clínicas son empresas prestadoras un servicio de salud, y por tanto estas deben buscar en lo posible brindar un servicio de excelente calidad optimizando al máximo sus recursos y generando de esta forma mayores utilidades, pues este es el objetivo primordial de toda organización.

Según el artículo “Gestión en nutrición clínica”, la situación anteriormente nombrada se explica a través de dos teorías conceptos básicas, el primero se refiere a la medicina basada en evidencia (MBE), teoría según la cual el hospital debe centrar sus esfuerzos en generar el mayor beneficio individual posible al paciente sin importar los costos que esto represente. Por otro lado encontramos la teoría de medicina de coste efectivo (MCE), según la cual el objetivo primordial es maximizar el bienestar conjunto de los pacientes teniendo en cuenta

que se poseen escasos recursos. El ideal, como se explicaba anteriormente, consiste en lograr generar un equilibrio entre estos dos conceptos.

En el caso del Hospital Universitario Mayor Méderi, la iniciativa del área de nutrición busca a través de proyectos como el Club Gastronómico demostrar que ha sido posible cumplir con la MBE, pues la prestación de un servicio individualizado de alimentación y la existencia de un menú flexible, demuestran las intenciones de la institución por brindar el mayor beneficio posible a cada paciente. Esto puede observarse por medio de indicadores como el de “Patrón de consumo”, el cual demuestra que los pacientes manifiestan un gran nivel de aceptación hacia los menús creados por el área, generando una excelente percepción de calidad.

Es probable que el resultado perceptible por el paciente sea el logrado gracias a la implementación del MBE. Sin embargo, a nivel organizacional y de gestión, existen otros resultados que conducen a la institución a cumplir el equilibrio mencionado anteriormente y a conseguir resultados en la medicina de coste efectivo, puesto que en términos de rentabilidad, la reducción de costos por manejo de residuos orgánicos es realmente significativa.

Es claro que para la MCE el beneficio es inversamente proporcional a los recursos, y que debe buscarse conseguir el mayor beneficio con la menor inversión posible. Para nuestro caso, el Hospital Méderi, a través de las iniciativas que lidera en cuestiones nutricionales, ha logrado impactar sobre uno de los costos más importantes dentro de los hospitales: la disposición de residuos sólidos. Con estas iniciativas el Hospital ha logrado disminuir en un 80% la cantidad de residuos generados por alimentación en los últimos años.

En los hospitales los residuos generados por la alimentación pueden representar el 50% del total de los residuos sólidos generados, los cuales no sólo tienen repercusiones ambientales, sino también económicas para las instituciones. Para el caso de un restaurante o cafetería, los desperdicios generados por comida son de aproximadamente un 15% por plato servido, mientras que en el caso de instituciones hospitalarias, los residuos generados oscilan entre el 30 y el 40 por ciento.

Según el artículo “Plate waste in hospitals and strategies for change”, en el cual se recopilan cerca de 32 estudios en 29 países enfocados en manejo de desperdicios orgánicos durante los últimos 50 años, se establece que algunas de las principales razones para altos niveles de desperdicio son: las condiciones clínicas de los pacientes, la calidad de los alimentos, las deficiencias en el servicio prestado y finalmente la falta de un entorno adecuado.

Ahora bien, en lo que respecta a nuestro caso de estudio, las condiciones clínicas del paciente se monitorean en el área de nutrición a través de iniciativas como el manejo individualizado del paciente, la tamización tanto en piso como en urgencias y el patrón de consumo.

Por medio de estas iniciativas el área de nutrición pretende garantizar el apropiado manejo y seguimiento de los procesos de nutrición en los pacientes, esto con la intención de brindar un servicio de calidad que trabaja bajo el concepto de costo efectivo, ya que según estudios realizados en 1993 por L.H. Bernstein, se establece que existe una estrecha relación entre los procesos de desnutrición y la estancia del paciente. De hecho, según el mismo estudio, la baja calidad nutricional de un hospital puede generar aumentos en la estancia hospitalaria encerca de 2.2 días por paciente, causando de igual forma incrementos en los niveles de residuos generados. Según el artículo “Plate waste in hospitals and strategies for change”, por cada día que el paciente prolongue su estancia en el hospital, se eleva la probabilidad de aumentar los niveles de residuos en cerca de un 14%, esto a consecuencia de la fatiga del paciente por los menús.

Por otro lado, en lo que respecta a la calidad de los alimentos y deficiencias en el servicio prestado, se han generado otro tipo de iniciativas que se han agrupado en el “Club Gastronómico”. Una de las más importantes es el Flexi-menú, iniciativa a través de la cual fue posible establecer menús atractivos basándose en la cultura gastronómica del país y en encuestas realizadas a los pacientes; de igual forma, permite a los usuarios elegir entre dos opciones para cada una de sus comidas. Para realizar seguimiento del funcionamiento de estos procesos, el Hospital Méderi ha establecido rigurosos controles para garantizar la calidad del servicio prestado por la compañía Sodexo.

A continuación presentamos algunos de los indicadores más importantes y su evolución durante los últimos años.

- Cumplimiento de los gramajes de referencia establecidos en la minuta patrón.

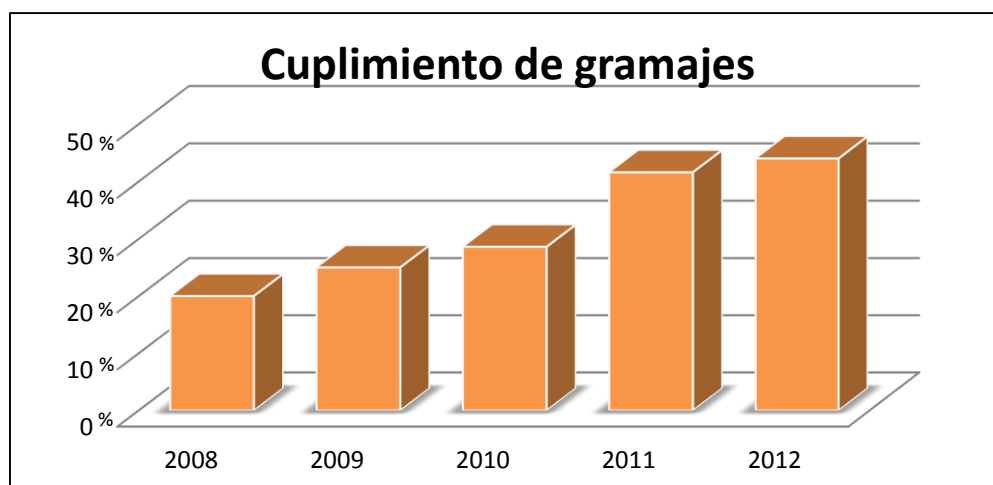


Figura 7: Cumplimiento de gramajes. Elaborado por el autor

- Cumplimiento del suministro de alimentos en los rangos de temperatura establecidos como seguros.

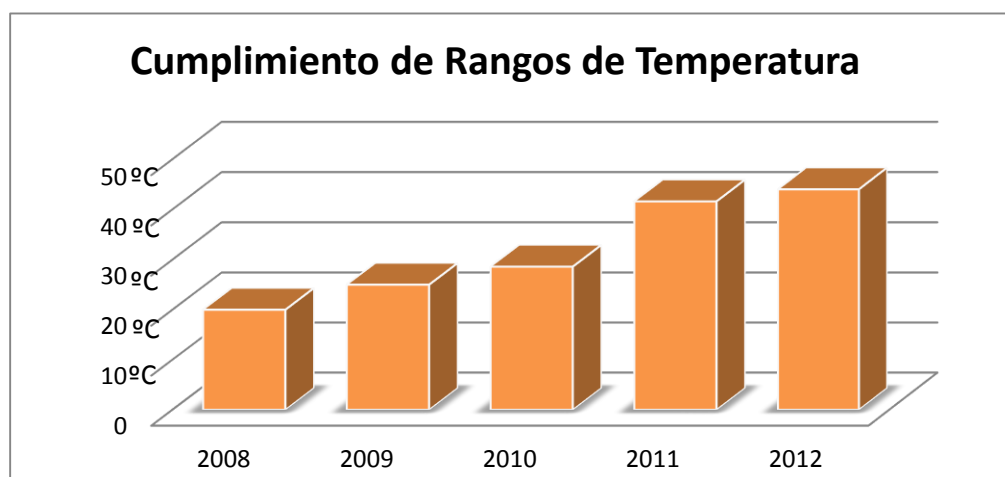


Figura 8 Cumplimiento de rangos de temperatura. Elaborado por el autor

- Evaluación de características organolépticas de la alimentación ofrecida a pacientes.

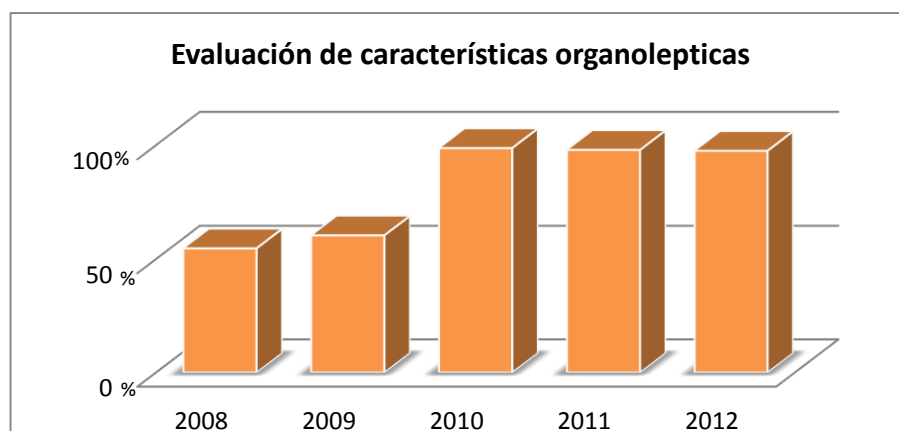


Figura 9 Evaluación de características organolépticas. Elaboración del autor

Como se puede observar, el departamento de nutrición del Hospital Méderi ha logrado generar de forma exitosa herramientas de control que garantizan la calidad y el buen manejo del servicio de alimentación prestado por el Outsourcing de alimentación Sodexo, pues la evolución en cada uno de estos indicadores es evidente.

Como se dijo anteriormente, es necesario brindar un servicio de calidad, pero de igual forma es necesario generar beneficios económicos, es por esta razón que la administración Méderi a través de estas iniciativas pretende controlar de forma adecuada aquellos factores que colaboran a elevar los niveles de residuos de un hospital, proyectos que han tenido una gran aceptación y una significativa disminución en el impacto ambiental generado por los altos niveles de residuos generados. La siguiente gráfica demuestra los resultados obtenidos en los últimos cuatro años.

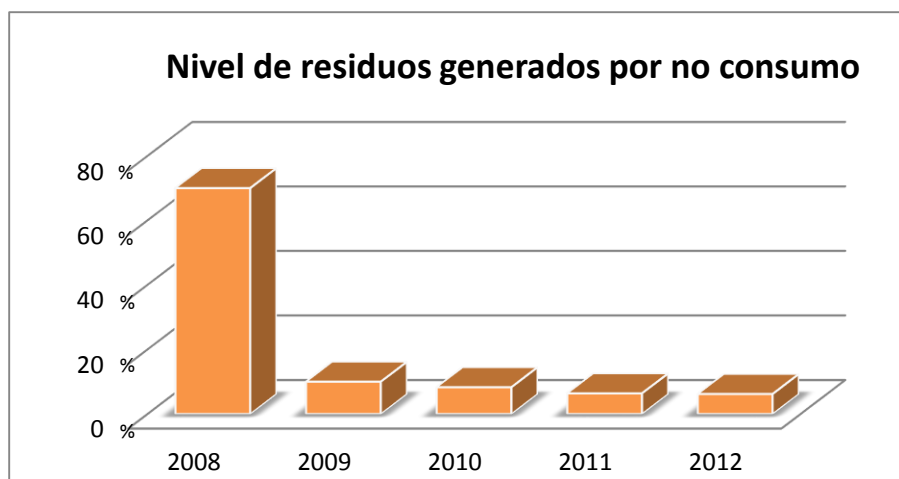


Figura 10: Nivel de residuos generados por no consumo. Elaboración del autor

.Gracias a las políticas implementadas por el área de nutrición, se redujeron los desperdicios de alimentos, que se generaban por el no consumo de las dietas, que además de demostrar poca aceptabilidad por parte de los pacientes de la alimentación recibida, implica un costo

PERIODO FACTURADO	PESO RESIDUOS INFECCIOSOS ALIMENTOS Kg	VALOR MES (\$)
ENERO	3617	2.440.680
FEBRERO	3258	2.377.250
MARZO	3599	2.453.455
ABRIL	910	632.541
MAYO	516	623.7
JUNIO	92	63.949
JULIO	48	33.365
AGOSTO	21	14.597
SEPTIEMBRE	32	22.243
OCTUBRE	63	43.791
NOVIEMBRE	55	38.225
DICIEMBRE	40	27.800
REDUCCION	98.8%	98.8%

Figura 11 Evolución de peso en residuos. Tomado de lineamientos para la creación de un modelo de gestión de la atención nutricional

adicional por concepto de servicios públicos de aseo.

A continuación, se presenta una tabla en la que es posible evidenciar los importantes beneficios económicos y ambientales que esta iniciativa ha brindado al hospital universitario mayor Méderi.

Como es posible observar, la implementación de esta iniciativa redujo en cerca de un 98% el nivel de residuos en tan solo un año, generando importantes beneficios en costos para la organización, los cuales se han mantenido constantes

desde el año 2009 durante la administración Méderi.

Por tanto, según la información obtenida y en el estudio del caso Méderi, se hace evidente que la implementación de este y otros tipos de proyectos similares son viables en las instituciones hospitalarias, y que a diferencia de lo que la mayoría de los directivos de estas instituciones piensan, son proyectos que no generan grandes costos, sino que por el contrario disminuyen costos de operación fundamentales, que impactan de forma positiva y directa en los balances de estas organizaciones.

IMPACTO DEL MODELO NUTRICIONAL MÉDERI EN EL ESCENARIO INTERNACIONAL

Durante la entrega de la Clínica San Pedro Claver había diversas falencias presentes en todas y cada una de las áreas, situación que se hacía evidente en las constantes fallas en la prestación del servicio. Sin embargo, para efectos de nuestra investigación, nos centraremos en el Departamento de Nutrición, donde el caos y la crisis eran evidentes, en primer lugar,

porque debido a la falta de la gestión de paciente apropiada, muchos ingresaban padeciendo altos niveles de desnutrición, situación que complicaba el estado de salud del paciente, quien al final requería tratamientos más contundentes y en la mayoría de las ocasiones más costosos.

Por otro lado, en lo que refiere a la prestación del servicio de alimentación, las entregas de los menús no fueron efectivas en varias ocasiones por fallas en la recolección de órdenes, ya que para entonces el hospital no contaba con un buen sistema de comunicación, ni con el personal idóneo para gestionar los menús y mucho menos para la asignación de dietas. Así mismo, este departamento representaba el consumo de una fracción representativa del presupuesto, esto a consecuencia de una carta de cerca de 21 menús que solían ser repetitivos, pero sobre todo desabridos, generando modificaciones innecesarias en el proceso productivo, ya que los menús no presentaban una variación representativa en lo que respectaba al sabor del producto.

De igual forma, el estado de las instalaciones era crítico debido a la falta de presupuesto y planeación para el mantenimiento apropiado de las mismas. Incluso, la falta de organización y gestión llegó a ser tal, que se llegaron a tener largos y repetidos lapsos de desabastecimiento en diferentes materias primas para la producción de menús.

Todo lo anterior se hacía evidente para el paciente en un producto insípido, frío y con entregas tardías, lo que generaba falta de apetito y altos niveles de residuos que a su vez elevaban el nivel de costos asignados a la gestión de residuos.

Desde el 2010, en Colombia se han desarrollado planes estratégicos a través de los cuales se pretende fortalecer los sectores con un elevado potencial exportador por medio del programa de transformación productiva, que busca una coordinación eficiente entre el sector público y privado con la intención de hacer de Colombia un país de oportunidades a través de la planeación, fortalecimiento y desarrollo de una próspera economía. Los principales objetivos de este programa son:

- Mejorar la productividad y competitividad sectorial.
- Facilitar la coordinación entre actores públicos y privados.

- Ayudar a que sectores y empresas puedan beneficiarse de las oportunidades que surgen de los Acuerdos Comerciales al tener una oferta exportable más sólida.
- Contribuirá mejorar la calidad de vida de los colombianos como resultado del buen desempeño de sectores productivos y de empresas que generen más y mejores empleos.¹⁵

Entre los sectores estratégicos definidos por el equipo de transformación productiva encontramos:

Agricultura

- Acuicultura.
- Carne bovina.
- Chocolatería, confitería y sus materias primas.
- Hortofriticultura.
- Lácteos.
- Palma, aceite, grasas vegetales y biocombustibles.

Manufacturas

- Cosméticos y artículos de aseo.
- Editorial e industria de la comunicación gráfica.
- Industria de autopartes y vehículos.
- Sistema Moda
- Metalmecánico siderúrgico y astillero.

Servicios

- Tercerización de proceso de negocio - BPO&O.
- Software y tecnologías de la información.
- Energía eléctrica, bienestar de servicios conexos.
- **Turismo en salud y bienestar.**

¹⁵ Tomado de Programa de Transformación Productiva:
<http://www.ptp.com.co/contenido/contenido.aspx?catID=607&conID=1>

- Turismo de naturaleza.

Como podemos ver, el turismo en salud es uno de los subsectores con un alto potencial exportador. Por eso, es importante saber en qué consiste este sector y por qué el modelo desarrollado por el Hospital Universitario Méderi aporta en su fortalecimiento y desarrollo.

El turismo en salud es el proceso mediante el cual una persona viaja a un país diferente al que reside para realizar tratamientos de salud, ya sean preventivos, correctivos o estéticos, además de visitar lugares paradisíacos y relajantes.

El turismo en salud se centra en dos grandes tendencias: Turismo de Bienestar y médico. El *Turismo de bienestar* está relacionado con la recreación termal y ocio saludable. Entre los establecimientos que ofrecen esta clase de servicios, se encuentran especialmente balnearios, spa, centros de meditación, centros espirituales, etc.¹⁶ El *turismo médico* es un término usado para describir la práctica creciente de viajar fuera del lugar de residencia para someterse a cirugías y/o tratamientos médicos o estéticos que garanticen procedimientos y recuperación médica más económica. La imagen a continuación explica de forma detallada las características y tratamientos ofrecidos por sector.

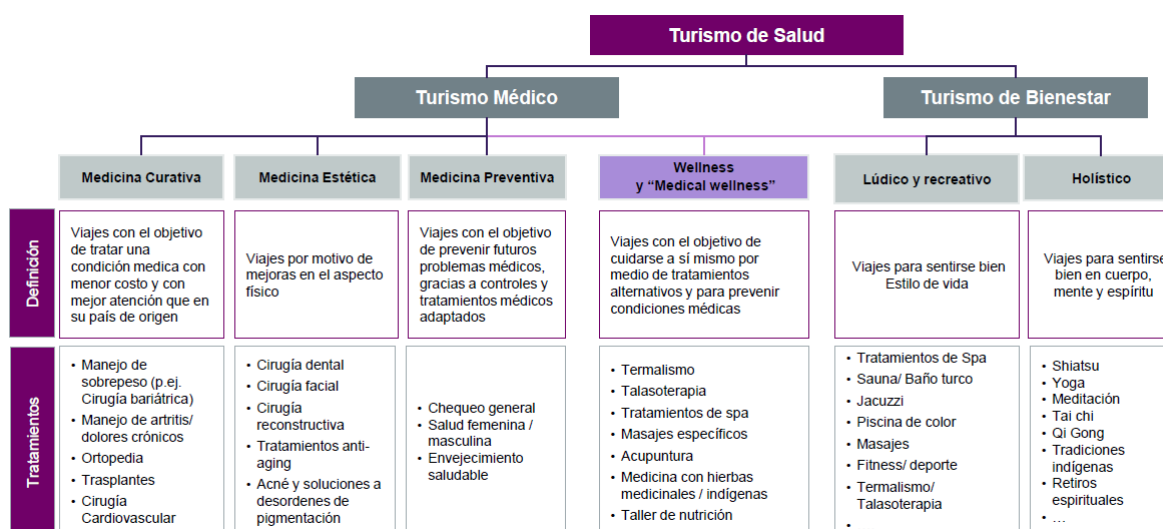


Figura 12: Turismo en salud. Plan de negocios para el subsector de Turismo de Bienestar en Colombia

¹⁶Tomado de: "Turismo de salud, ventaja competitiva para el estado de sonora : caso específico reactivación de la asociación de turismo médico del estado de sonora"

En la actualidad, el turismo de salud a nivel mundial es un subsector de 24,3 mil millones de dólares, con un flujo de 23,3 millones de turistas en busca de procedimientos en las diferentes categorías. Se espera que el sector crezca a una tasa del 20% anual en los próximos años¹⁷, esto a consecuencia de la reducción del poder adquisitivo de la población y el alto costo de la atención médica en países desarrollados.

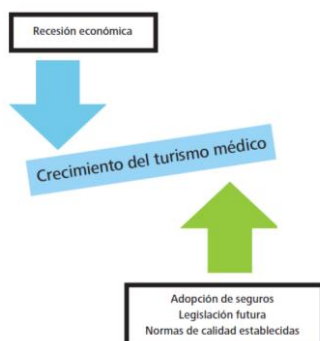


Figura 13: Crecimiento del turismo médico. : Turismo médico - Actualización e implicaciones

En nuestro país las oportunidades del sector son numerosas. Según PROEXPORT en su documento “Invierta en Colombia”, no somos de los primeros en el ranking del sistema de salud, pero nos encontramos en la posición 22 compitiendo con países como Suecia y Bélgica e incluso superando a países como Estados Unidos y Canadá, sin dejar de lado la importancia de ofrecer precios competitivos, pues en la actualidad un procedimiento quirúrgico en Colombia cuesta entre el 70% y 90% menos que en países como Estados Unidos. Esto ha permitido que Colombia, durante los últimos años, refleje un importante crecimiento de cerca del 150% en 2013, tal y como se aprecia en las siguientes graficas:

¹⁷ Tomado de: Transformación productiva
www.ptp.com.co/Turismo_Salud_Bienestar/Turismo_de_salud_bienestar.aspx

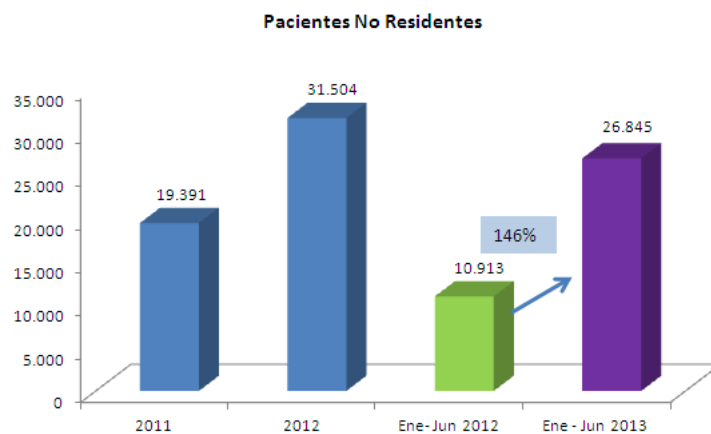


Figura 14: Pacientes no residentes. Programa de transformación productiva –Turismo en salud

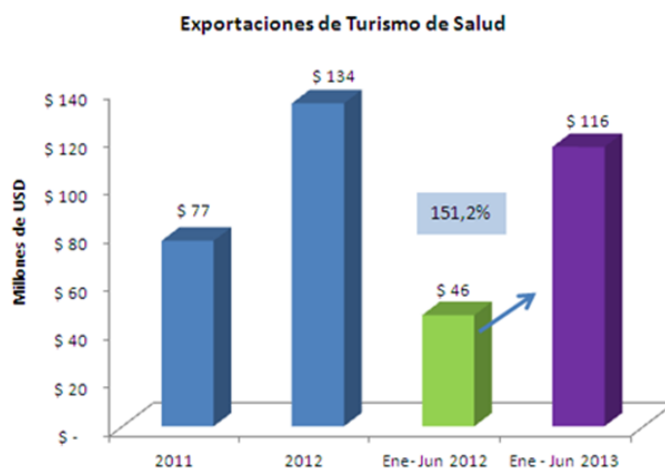


Figura 15: Exportación de turismo en salud. Programa de transformación productiva –Turismo en salud

Aunque durante los últimos años el sector de turismo en salud ha tenido un crecimiento nunca antes visto en Colombia y el mundo, este gremio aún no tiene la misma representación con respecto al turismo vacacional tal y como se puede apreciar a continuación.

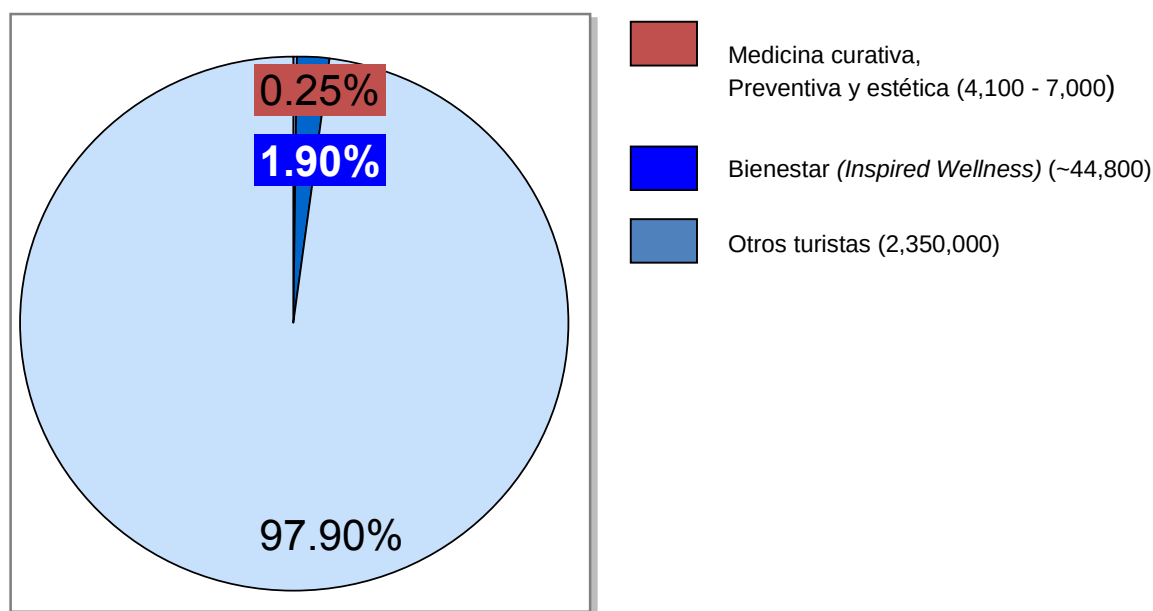


Figura 16: Desarrollo del sector. Tomado Desarrollando sectores de clase mundial en Colombia-Ministerio de comercio industria y turismo.

En lo que respecta a la posición y reconocimiento de Colombia en el mercado del turismo en salud, el país no es percibido como un destino competitivo en el sector salud, tal como se muestra en la siguiente figura.

Mejores destinos		Acreditaciones JCI	Rankin en costos Con respecto a EE.UU.
Tailandia		5 Hospitales	30% - 40%
India		11 Hospitales	15%-20%
Singapur		12 Hospitales	50%-60%
Brasil		12 Hospitales	50%-60%
México		7 Hospitales	25%-30%

Figura 17: Mejores países en el sector. Desarrollando sectores de clase mundial en Colombia-Ministerio de comercio industria y turismo.

El bajo nivel de participación de Colombia en el mercado se debe a que hay falencias que opacan los benéficos de la oferta nacional, a pesar de tener importantes ventajas competitivas en el sector de turismo en salud. Según estudios del Ministerio de Comercio Industria y Turismo, las principales debilidades del sector son:

- Colombia no es percibida como un destino de talla mundial.
- La infraestructura hospitalaria y hotelera es insuficiente.
- Los niveles de personal bilingüe son muy bajos.
- La percepción del país como lugar riesgoso es alta.

Con la intención de robustecer y mejorar la oferta del sector, el Gobierno Nacional ha desarrollado diversas estrategias a través del Ministerio de Comercio Industria y Turismo. Para nuestro caso nos centraremos en dos de ellas, pues es aquí donde Méderi a través de su Programa de Gestión Nutricional aporta significativamente a la competitividad del sector y a la proyección y el fortalecimiento de todo un país.

La primera estrategia está basada en ***“Definir la necesidad de investigar y desarrollar procedimientos estandarizados que permitan mantener la ventaja competitiva en costos”¹⁸***. Méderi ha logrado desarrollar nuevos procesos que no sólo hacen de este hospital una institución más rentable, sino que además permiten brindar un servicio de alta calidad a sus pacientes. Para entender cómo se logró esto, estudiaremos el modelo planteado por Landry y Beaulieu en 2002, en el cual se sugiere que toda institución hospitalaria requiere de una gestión de operaciones, sin embargo, la gran diferencia radica en cómo se aplica esta gestión de operaciones, si es un proceso que resulta de la reacción a problemas y circunstancias cotidianas o si se trata de un plan estratégico estructurado y definido que permita al hospital implantar acciones que fortalezcan su ventaja competitiva. Si bien Landry y Beaulieu definen una categorización en el aporte de la gestión de operaciones a las instituciones prestadoras de salud, nuestro propósito será definir la categoría en la que se encuentra el Departamento de Nutrición del Hospital Universitario Méderi. Para lograrlo, indagaremos un poco más en el concepto y fundamentos de esta categorización, donde se proponen cuatro niveles de contribución.

¹⁸ Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International Turismo, 2010 by Joint Commission International.

Primer Nivel de Contribución

Las altas directivas de la organización no consideran la logística hospitalaria como un factor de éxito, por esta razón simplemente trabajan en solucionar problemas cotidianos logísticos para de esta forma minimizar el impacto negativo.

Características:

- Mejoras cortoplacistas
- Poca inversión

Para nuestro caso de estudio este primer estado se hace evidente en antiguo hospital San Pedro Claver, donde las directivas no comprendían la trascendencia del área de logística hospitalaria, pues impacta tanto la calidad del servicio prestado como las finanzas de la institución. Por esta razón, el nivel de inversión disponible para el Departamento de Nutrición en instalaciones como cocinas, comedores, cocinetas y utensilios de cocina era casi nulo. Por otro lado, la falta de control en los procesos promovía la llegada tardía de menús y en múltiples casos la entrega errónea de las dietas, lo cual amenazaba la estabilidad y el proceso de recuperación del paciente. La solución a este panorama era simplemente cambiar la dieta mal entregada o anotar en papeles y cuadernos dietas sin una caracterización definida. Esta estrategia no aporta al crecimiento y evolución de un departamento nutricional, mucho menos al de una entidad prestadora de salud y en lo más mínimo al sector salud de nuestro país. Sin embargo, aún en nuestro país son muchos los hospitales que viven el día a día dejando de lado la importancia de un plan estratégico cuya columna vertebral sea la logística hospitalaria, es por esta razón que aún no somos un destino apetecido para el turismo de salud. Es imprescindible que este tipo de establecimientos se vean forzados a modificar su estrategia administrativa, ya sea porque toman conciencia o porque el gobierno a través de leyes y planes de mejora los encamine hacia este cambio de enfoque.

Segundo Nivel de Contribución

En este caso las altas directivas de la organización centran su atención en procesos de *benchmarking* que implican la adquisición de equipos tecnológicos, implementación de procesos y contratación de personal. Estos son insuficientes desde un punto de vista global, ya que en la mayoría de las ocasiones este tipo de acciones son aplicadas en un sector específico dejando de lado la importancia de comprender la organización como un sistema complejo, definido en el numeral 1.2, “La logística Hospitalaria y la Nutrición”

Características

- Aumento del nivel de inversión.
- Planes estratégicos desarrollados por expertos ajenos a la organización.
- Falta de personal capacitado en el sector estratégico.

Lo anterior se ejemplifica para el Hospital Universitario Méderi en lo que se refiere a su práctica de tamizaje, ya que este tipo de rutina era un proceso aplicado solo en algunas entidades prestadoras de salud a nivel internacional, sin embargo, este hospital -como parte de su estrategia de calidad y desarrollo de servicio- decidió implementar el tamizaje como factor estratégico de su departamento de Nutrición, esto basado en las buenas prácticas identificadas por Asociación Colombiana de Nutrición Clínica (ACNC), ya que estas labores permitían identificar y gestionar de forma rápida y precisa las falencias alimenticias presentes en el paciente.

A pesar del éxito generado por esta iniciativa, aún eran evidentes las falencias en el proceso de nutrición, pues las inconformidades expresadas por los pacientes en cuanto a la calidad del menú ofrecido eran elevadas, debido a la falta de información por parte del hospital respecto a los requerimientos alimenticios que correspondían a la dieta indicada en el tratamiento. Esto al final dejaba como resultado un alto nivel inapetencia, el cual era generador de grandes cantidades de residuos, además de afectar en el tratamiento terapéutico del paciente, prolongando así el proceso de recuperación.

Tercer Nivel de Contribución

Para este caso la alta dirección contempla la logística como una herramienta imprescindible en el progreso y evolución de la compañía, siendo este un factor decisivo para la competitividad del hospital.

Características

- Inversiones a mediano plazo.
- Estrategias dirigidas a mejorar la capacidad interna de soporte a los procesos clínicos.

Como muestra de ello “Por segundo año consecutivo, la organización internacional Nutrition Day reconoció la labor de la red hospitalaria de Méderi por su buen manejo nutricional a los pacientes. El reconocimiento que fue entregado al Hospital Universitario Mayor, después de las auditorias internacionales realizadas por Nutrition Day, certifica las buenas prácticas nutricionales por parte de la red Méderi hacia todos sus pacientes y usuarios. En misiva firmada por los doctores Michael Hiesmayr y Karin Schindler, se resalta que el Hospital ha contribuido a mantener y mejorar la calidad de la atención en nutrición en los hospitales de todo el mundo. Esta certificación manifiesta el compromiso que tiene Méderi y su red hospitalaria con la salud y la buena nutrición de todos los pacientes, y la motiva a seguir trabajando en pro del bienestar de todos sus usuarios.”¹⁹

Ciertamente, la mayor parte de los proyectos generados en el área de nutrición fueron estructurados para ser llevados a cabo en un mediano plazo. Sin embargo, el éxito de los mismos ha permitido que la mayor parte hayan sido adoptados rápidamente arrojando resultados positivos en el corto plazo, demostrando una vez más la importancia del establecimiento de este tipo de prácticas en cualquier entidad hospitalaria. Llevar a cabo este tipo de prácticas no sólo permite mejorar el servicio prestado, sino también consigue llevar a que se formalicen todos aquellos procesos que se llevaban a cabo y de los cuales no había ningún tipo de registro, evaluación o seguimiento.

¹⁹ Tomado de: http://www.mederi.com.co/index.php?option=com_content&view=article&id=202:hospital-universitario-de-barrios-unidos-obtiene-reconocimiento-por-nutritionday&catid=178:archivo-de-noticias&Itemid=300

Las actividades de evaluación, control y monitoreo de los programas y planes establecidos por la institución son de vital importancia para que éstos puedan llevarse a cabo; como muestra de esto se encuentra la evaluación realizada por el departamento de nutrición sobre el porcentaje de ingesta de los pacientes. Esta permite corroborar y obtener información, acerca del porcentaje de consumo de las dietas por parte del paciente, así como el monitoreo y control en la evolución del paciente durante su tratamiento. Este mecanismo de monitoreo demuestra como la aplicación de nuevas iniciativas genera un impacto positivo en la gestión organizacional y en la percepción de calidad de los pacientes.

Programas como el Club Gastronómico han sido iniciativas de impacto no sólo nutricional y de gestión, también han generado importantes aportes en materia ambiental, pues gracias a cambios netamente administrativos y de gestión, se ha logrado que el paciente consuma en gran parte o en su totalidad las dietas programadas, logrando así una disminución en los residuos sólidos generados por esta actividad. El Hospital Universitario Mayor puede considerarse como una organización ambientalmente responsable puesto que tiene una política ambiental claramente establecida, y unos lineamientos firmes en cada una de las áreas que impactan de forma directa a los diferentes componentes del medio ambiente. La adecuada definición de una política ambiental ha permitido a la organización la fácil implementación y adecuación de la misma tanto en sus procesos como en la internalización de estos conceptos y prácticas en el personal.

Estas iniciativas son claro ejemplo de cómo la administración de las instituciones hospitalarias pueden dirigir sus esfuerzos hacia la mejora de todos y cada uno de sus procesos clínicos, haciéndolos mucho más estructurados, definidos y eficientes. Todo esto se logra gracias a la implementación de herramientas como la logística hospitalaria, cuyo fin no es más que el análisis detallado del accionar diario de las áreas y sus resultados con el fin de determinar las fallas existentes y las posibles soluciones desde una perspectiva administrativa y de gestión, que está estrictamente ligada a los conceptos médicos que rigen a la Institución. Una vez se logran articular estos procesos con el trabajo de todas y cada una de las áreas, y éstas entienden a la logística hospitalaria como columna vertebral de su accionar, se obtiene como resultado una evolución evidente no sólo en la prestación del servicio por parte de la institución, sino también en la calidad ofrecida y la competitividad del sector

Hasta este punto hemos visto 3 de los 4 niveles de contribución propuestos en el modelo de Landry y Beaulieu, los cuales a la fecha no sólo hacen parte de la estrategia de gestión y desarrollo de la administración del Hospital Universitario Mayor Méderi, sino que también han logrado que la calidad del sector vaya en aumento, y que el caso de estudio se convierta en un claro referente a nivel nacional de cómo deben implementarse estas prácticas en otras instituciones del sector con el fin de mejorar el nivel de servicio prestado, la credibilidad y la participación del mismo en el panorama competitivo a nivel mundial.

Cuarto Nivel de Contribución

Para analizar el cuarto nivel de contribución, debemos antes mencionar la segunda estrategia planteada por el Ministerio de Industria, Comercio y Turismo para demostrar que en la actualidad instituciones como Méderi están dedicadas a mejorar sus procesos e incursionando en el desarrollo de procesos innovadores y con altos niveles de calidad que hacen del sector un mucho más completo y competitivo. Por esta razón, el MinCIT propone dentro de sus lineamientos “***Mejorar los niveles de calidad percibida***”.

Con esta estrategia se pretende lograr que las instituciones hospitalarias entren en un proceso de mejoramiento continuo en todos y cada uno de sus procesos, para que de esta forma puedan optar por acreditaciones y certificaciones internacionales que faciliten la promoción y el mercadeo de los servicios médicos de calidad, prestados por el sector salud, en las IPS de nuestro país.

A nivel internacional, la Joint Commission International (JCI) es una de las entidades más importantes en términos de acreditaciones en el sector salud, y se encarga de promover estándares rigurosos de atención y proporcionar diferentes tipos de soluciones que optimicen el rendimiento de las instituciones.

Finalmente, la logística hospitalaria se convierte en la columna vertebral de toda estrategia y plan implementado al interior de la Institución, el objetivo básico de la Entidad se centra en introducir tecnología de punta en lo referente a logística, esto con la intención de generar factores diferenciadores en el mercado y por tanto ventajas competitivas tales como:

- Sostener activamente el desempeño del hospital.
- Estrategias a largo plazo.
- Inversiones humanas y tecnológicas.

En la actualidad el Hospital Universitario Mayor Méderi tiene como premisa continuar desarrollando planes de mejoramiento continuo que le permitan convertirse en una de las principales IPS del país, que se caracterice por la calidad en el servicio, y el liderazgo en investigación, innovación y desarrollo. Esto a futuro se evidenciara en un crecimiento importante del sector de turismo en salud, pues la calidad y la innovación brindada por esta y otras instituciones que adopten modelos similares, permitirá que el sector y las instituciones inicien procesos de acreditación como los ofrecidos por la JCI. A la fecha, la administración Méderi se encuentra un proceso de optimización de sus procesos que le permita a futuro cumplir con los requerimientos establecidos por organizaciones como la JCI para lograr acreditaciones de carácter internacional que permitan que la institución se dé a conocer a nivel global.

Para nuestro caso de estudio, es el claro ejemplo del arduo trabajo de la administración por mejorar sus procesos internos en el área de gestión nutricional. En el siguiente cuadro podemos observar los elementos que se evalúan en cuanto a gestión nutricional por parte de la JCI al momento de revisar una solicitud de acreditación.

ELEMENTOS MEDIBLES ESTABLECIDOS POR LA JCI	APLICA EN EL CASO MÉDERI	PROCESO IMPLEMENTADO
Los alimentos o la nutrición adecuados para el paciente están regularmente disponibles.	SI	Proceso de Outsourcing/Alianza Sodexo
Antes de proporcionar alimento, todos los pacientes tienen una orden de alimentación en su historia clínica.	SI	Tamizaje Nutricional
La orden se basa en el estado y las necesidades nutricionales del paciente.	SI	Censo nutricional y asignación de dietas

Los pacientes cuentan con una variedad de opciones de alimentos, según su estado y atención.	SI	Club Gastronómico/Flexi Menú
Cuando las familias suministran los alimentos, conocen las limitaciones de la dieta del paciente.	SI	Iniciativa educación nutricional/Iniciativa individuales
Los alimentos se preparan de un modo tal que se reduce el riesgo de contaminación o putrefacción.	SI	Programa Paciente Seguro/Alianza Sodexo
Los alimentos se almacenan de un modo tal que se reduce el riesgo de contaminación o putrefacción.	SI	Programa Paciente Seguro/Alianza Sodexo
La distribución de alimentos es puntual y se cumplen las solicitudes especiales.	SI	Alianza Sodexo/Evaluaciones de monitoreo y control
Las prácticas cumplen con las leyes, reglamentaciones y prácticas aceptables.	SI	Reconocimiento Nutrition Day

Como se puede observar, el Hospital Universitario Mayor Méderi cumple con todos los requisitos para ser acreditado por la JCI según los parámetros establecidos respecto a la gestión nutricional, lo que demuestra que el trabajo realizado durante los últimos años por la administración de la Institución, poco a poco arroja resultados y a futuro puede ser un factor determinante en la competitividad no sólo de la Institución a nivel nacional, sino que puede convertirse en referente a nivel internacional para otras instituciones que se encuentren en procesos similares; pues si bien es cierto que existen investigaciones a nivel mundial sobre el tema de la logística hospitalaria y el mejoramiento continuo de las instituciones prestadoras de salud, el tema es inexplorado en muchos sentidos, y el desarrollo de nuevas herramientas y la aplicación de modelos en entidades reales, se convierte en casos de éxito que pueden ser usados como casos de estudio en el futuro.

CONCLUSIONES

Según Landry y Beaulieu, la contribución de la logística hospitalaria a las instituciones esta categorizada en cuatro estados:

	Estado I	Estado II	Estado III	Estado IV
Objetivo	Minimizar problemas	Estar a la par de otros hospitales	Contribuir a mejorar el desempeño del hospital	Sostener activamente el desempeño del hospital
Visión	Ninguna	Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo
Inversión	Ninguna significativa	Inversiones en tecnología	Inversiones humanas y tecnológicas	Inversiones humanas y tecnológicas

Figura 18: Contribución de la logística hospitalarias. Tomado de "Potenciando la contribución de la Logística Hospitalaria: Tres Casos Tres Trayectorias" Alberto Ciro Amaya, Martin Beaulieu, Sylavn Laundry, Claudia Rebolledo y Nubia Velasco.

En nuestro concepto, el Hospital Universitario Mayor Méderi se ubica en el cuarto nivel de contribución del modelo estudiado respecto a la gestión nutricional, posición que está dada por las importantes iniciativas que mencionamos a través del artículo, las cuales son muestra de las políticas vanguardistas e innovadoras con las que se está administrando la institución.

Sin embargo, como mencionamos anteriormente, debe entenderse a la Institución como un sistema complejo en el que cada área debe estar sincronizada, pues el éxito del funcionamiento del sistema está estrictamente ligado a la interdependencia de las mismas. Por esta razón, consideramos que en general la Institución se puede clasificaren un nivel de contribución menor (de los expuestos en el modelo), dependiendo del nivel de gestión y desarrollo que haya generado la administración hasta la fecha.

Finalmente, todos y cada uno de los temas abordados y estudiados en el caso del Hospital Universitario Mayor Méderi son evidencias que la logística hospitalaria es una herramienta importante dentro de las instituciones prestadoras de servicios de salud, pues la optimización de los procesos y recursos disponibles, y la integración de las diferentes áreas que intervienen en el desarrollo de los procesos, se da gracias a la aplicación de esta herramienta de gestión. Es entonces cuando la logística hospitalaria se hace muy importante para los profesionales de la salud, pues es el puente entre la importancia de unas buenas prácticas médicas y una buena gestión administrativa, que al final se convierten en ventajas competitivas para las instituciones que compiten en un sector que se debate entre la humanidad de su accionar y la rentabilidad obtenida por su funcionamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. FERNANDO-SALMÓN. *Comida hospitalaria y alimentación científica del paciente en el primer tercio del siglo XX*, <http://www.unican.es/NR/rdonlyres/91B49B37-FFA0-496E-A8D4-E89536105E47/34176/medicinaehistoria20002.pdf>
2. Studley H
*Percentage of weightloss. A basic indicator of surgical risk in patients with chronic pepticulcer*1936
3. Clinical Nutrition News
Malnutrición Hospitalaria: Experiencia del Nutrition Day 2010
4. Patricia Savino.
Desnutrición hospitalaria: grupos de soporte metabólico y nutricional Primera parte, <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n2/v27n2a7.pdf>
5. Patricia Savino.
Desnutrición hospitalaria: grupos de soporte metabólico y nutricional Segunda parte, <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n2/v27n2a7.pdf>
6. López, Antonio José *Efectos de desarticulación: Aspectos teóricos en el marco de la sostenibilidad*2004
7. Pinzón Olga, Sierra Nelson “*Lineamientos para la creación de un modelo de gestión de la atención nutricional, resultados y propuestas para instituciones prestadoras de servicios de salud*”

8. Alvarez J., Monereo S., Ortiz O *Nutrición Hospitalaria: Gestión en Nutrición Clínica*
Salido C., 2004.http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112004000300001&script=sci_arttext
9. *Informe de Gestión Anual 2011*”, Departamento de Nutrición, Hospital Universitario Mayor Méderi.
10. Méderi,
http://www.mederi.com.co/index.php?option=com_content&view=article&id=96&Itemid=109
11. *Nutrition Day ratifica su reconocimiento a Méderi, Tomado de:*
http://www.mederi.com.co/index.php?option=com_content&view=article&id=202:hospital-universitario-de-barrios-unidos-obtiene-reconocimiento-por-nutritionday&catid=178:archivo-de-noticias&Itemid=300
12. *Transformación productiva*,www.ptp.com.co/Turismo_Salud_Bienestar/Turismo_de_salud_bienestar.aspx
13. *Turismo de salud, ventaja competitiva para el estado de sonora : caso específico reactivación de la asociación de turismo médico del estado de sonora*“
14. Sunil Chopra
“*Administración de la cadena de suministro Tercera Edición*” 2008

15. *Ciro Alberto Amaya, Martin Beaulieu, Potenciando la contribución de la logística hospitalaria: tres casos, tres trayectorias*
16. *A. Vidal, M^a J. Iglesias, S. Pertega, Prevalencia de malnutrición en los servicios médicos y quirúrgicos de un hospital universitario*
17. *P. Llopis-Salvia¹, P. Luna-Calatayud², J. A. Avellana-Zaragoza³ y R. Bou-Monterde⁴ Organización y funcionamiento de la atención nutricional hospitalaria; el modelo implantado en el Hospital Universitario de La Ribera*