

PERSPECTIVAS EN NUTRICIÓN HUMANA
ISSN 0124-4108

Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
Vol. 18, N° 1, enero-junio de 2016, p. 77-93

Artículo recibido: 19 de abril de 2016

Aprobado: 18 de junio de 2016

Jhon Jairo Bejarano Roncancio¹; Astrid Johanna Cortés Merchán²;
Olga Lucía Pinzón Espitia³

Resumen

Introducción: la alimentación es un acto fisiológico que implica unas interacciones sociales y culturales. La historia de la alimentación hospitalaria y la dietoterapia, se ha desarrollado paralelamente a la ciencia médica, con base en la evidencia científica. **Objetivo:** analizar los cambios de la dietoterapia hospitalaria frente a los sistemas de gestión de la calidad en salud y la acreditación. **Materiales y métodos:** se realizó una búsqueda documental en bases de datos virtuales: PubMed, Medline, Lilacs y Google Scholar, utilizando palabras claves como: dietoterapia, alimentación hospitalaria y calidad alimentaria en hospitales, temporizada entre los años 1990 y 2016. **Resultados y discusión:** en las últimas tres décadas los hospitales se han ajustado a la globalización, sistemas de control de la calidad y políticas de seguridad del paciente. La calidad de la alimentación unida a la condición clínica del paciente, puede ser una causa de disminución del consumo de nutrientes y ocasionar desnutrición hospitalaria, lo que incrementa estancia y costos sanitarios. **Conclusiones:** las técnicas de la industria gastronómica junto con la dietética hospitalaria han promovido el mejoramiento continuo de los procesos de calidad que exigen los estándares de acreditación en salud y la misma competencia en el sector.

Palabras clave: satisfacción del paciente, acreditación de instituciones de salud, calidad de la atención de salud, servicios de alimentación, hospital.

1 Departamento de Nutrición Humana, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.
jjbejaranor@unal.edu.co

2 Nutriciones y Dietas SAS. Bogotá, Colombia.

3 Universidad Nacional de Colombia. Universidad del Rosario, Méderi. Bogotá, Colombia.

Como citar este artículo: Bejarano JJ, Cortés AJ, Pinzón OL. Alimentación hospitalaria como un criterio para la acreditación en salud. Perspect Nutr Humana. 2016;18:77-93.

DOI:10.17533/udea.penh.v18n1a07

Hospital nutrition programs as a criterion for accreditation in health

Abstract

Introduction: Eating is a physiological act that involves social and cultural interactions. The history of hospital feeding and diet therapy has developed in parallel with medical science, based on scientific evidence. **Objective:** Analizar los cambios de la dietoterapia hospitalaria frente a los sistemas de gestión de la calidad en salud y la acreditación. To analyze the changes in hospital nutrition programs in the face of quality management and accreditation systems. **Materials and methods:** A literature search was done in virtual databases: Pubmed, Medline, Lilacs and Google Scholar, using key words such as: diet therapy, hospital feeding and hospital food quality, and published between the years 1990 and 2016. **Results and discussion:** In the last three decades hospitals have adjusted to globalization, to quality control systems, and to patient safety policies. The quality of hospital nutrition programs coupled with the clinical condition of the patient may be a cause of decrease in nutrient consumption and hospital malnutrition, which leads to increases in length of stay and health costs. **Conclusions:** The techniques of the food industry together with hospital dietetics have promoted the continuous improvement of quality control processes that demand accreditation standards in healthcare and the same competence in the entire health sector.

Key words: Patient satisfaction, health facility accreditation, quality of health care, food service, hospital.

INTRODUCCIÓN

La alimentación hospitalaria está soportada en un amplio conocimiento nutricional y clínico basado en la evidencia científica, acerca del proceso de cuidado nutricional del paciente, convirtiéndose en parte fundamental del tratamiento de la enfermedad. Un objetivo de esta terapéutica es disminuir las estancias hospitalarias y por consiguiente el costo de las mismas, minimizando el compromiso del estado nutricional.

De acuerdo con el criterio clínico, las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) deben suministrar alimentación a sus pacientes hospitalizados, la cual se encuentra costeadada en la internación. Históricamente la percepción de los pacientes frente a la alimentación hospitalaria no ha sido la mejor, en especial en su valoración hedónica, a pesar de los esfuerzos por cumplir con el rigor técnico.

Para el usuario hospitalizado la percepción de la calidad en el suministro de la dieta se centra en orden

de importancia en la presentación y el tamaño de porción, luego juzga las características sensoriales como el sabor y el olor; paralelamente mide la atención del personal y la vajilla donde vienen servidos los alimentos para su consumo. Por eso, para alcanzar la meta de la calidad total de los procesos se han creado nuevas técnicas en la industria gastronómica hospitalaria, asimismo reevaluado estándares de aceptación y consumo para lograr que este componente tenga el grado de satisfacción que exige los estándares de acreditación en las instituciones de salud.

En síntesis, la alimentación hospitalaria se convierte en un indicador de resultado importante para evaluar la satisfacción dentro de un sistema de gestión de calidad en salud, razón por la cual este artículo tiene como objetivo contextualizar la percepción de los pacientes hospitalizados, desde una escala valorativa de sus expectativas frente a la dieta, sirviendo como un elemento cualitativo para promover el mejoramiento continuo y afianzar la competitividad con miras a lograr visibilidad nacional e internacional de las IPS.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda documental en bases de datos virtuales como PubMed, Medline, Lilacs y Google Scholar, utilizando palabras claves como dietoterapia, alimentación hospitalaria y calidad alimentaria en hospitales, temporizada entre los años 1990 a 2016. Los resultados mostraron que en las últimas tres décadas los hospitales se han ajustado a la globalización, sistemas de control de la calidad y políticas de seguridad del paciente. La calidad de la alimentación unida a la condición clínica del paciente, puede ser una causa de disminución del consumo de nutrientes y llevar a desnutrición hospitalaria, lo que incrementa estancia y costos sanitarios.

Transición histórica de la dieta hospitalaria

La alimentación es la forma en que el cuerpo recibe los alimentos indispensables para su adecuado funcionamiento (1), el consumo de los alimentos es sin duda uno de los actos más importantes de la vida cotidiana de los humanos y se lleva a cabo en el marco de un orden social y cultural lleno de simbolismos y producto de sensaciones y emociones (2). A lo largo de la historia, el hombre se ha interesado por este tema generando nuevas tendencias en la gastronomía, y en las últimas décadas ha cobrado gran importancia en el contexto de la hospitalidad, a fin de lograr una mayor satisfacción de los pacientes.

La historia de la alimentación hospitalaria se remonta desde el Medioevo y finales del siglo XVII, donde predominaba la concepción de modelo religioso, cuya vocación se dirigía a acoger a los “pobres enfermos” y ofrecer una alimentación sencilla y frugal, con base en aspectos económicos, de disponibilidad, religiosos y de sanidad del alimento, entendiéndose la sanidad en este momento como el digerir fácilmente el alimento, sin que produzca

daño. A partir del siglo XVIII se fortalece la visión del mundo, del hombre y del cuerpo, en el cual el valor preventivo y terapéutico de la alimentación se define, según la medicina hipocrática, como algo “artificial” que pertenece a la cultura, y que es construida y transformada por el hombre (3).

Hasta este momento, y parte del siglo XIX, las instituciones de salud eran consideradas como asilos, centros de beneficencia o casas de caridad, dentro de sus servicios suministraban alimentación principalmente a pacientes de bajos recursos para darles un poco de alivio, sustento y abrigo. Estaban a cargo de religiosas o personal sin conocimiento técnico que garantizara un alimento seguro e inocuo para el paciente. “El ritual de la alimentación propiciaba la instauración de lazos afectivos, debido a la asociación atribuida culturalmente entre el acto de asistencia y el acto de comer” (3); debido a la alta demanda de usuarios, con el tiempo se fueron formando los hospitales públicos (3-6).

Tradicionalmente la alimentación hospitalaria giraba entorno “al dar de comer” por encima de atender las expectativas del paciente (7), sin embargo durante las primeras décadas del siglo XX inicia una etapa de descubrimiento de sustancias indispensables para la vida, cuya carencia era causa de enfermedades de sintomatología dramática, donde se reconocían las manifestaciones clínicas, pero se ignoraba su etiología (2). Es así que surge la dietética como profesión y nace por la necesidad de planear y realizar dietas especiales como parte del tratamiento médico para atender a enfermos que la requerían, y para participar en la investigación de patologías con repercusión nutricional directa o asociada (7).

Los años 30 y 40 estuvieron marcados tanto en Europa como en América Latina, por la preocupación de definir la “dieta normal”, identificando los alimentos o grupos de alimentos que deberían incluirse, es decir se tenía una concepción dietológica más

Alimentación hospitalaria

que nutricional, y esto fue evidenciado en la Conferencia de Hot Spring (8) en 1943, donde se reconocieron dos tipos de dietas, organizadas en la Tabla 1, las cuales deberían adaptarse según las culturas alimentarias de los diferentes países (2).

Tabla 1. Planes propuestos en la conferencia de Hot Spring-1943

Alimentos	Necesidad anual	
	Plan 1	Plan 2
Cereales (Kg/persona)	121,9	110,9
Leche (líquida)	179 L	255 L
Queso (Kg/persona)	11,0	11
Mantequilla (Kg/persona)	4,9	6,1
Carnes (Kg/persona)	50,7	62,8
Huevos (Unidades/persona)	277	346
Tubérculos y raíces (Kg/persona)	83,0	69,2
Leguminosas (Kg/persona)	15,7	15,7
Frutas cítricas y tomates (Kg/persona)	48,9	48,9
Verduras, hortalizas y frutas no cítricas (Kg/persona)	100,6	100,6
Azúcar (Kg/persona)	16,6	16,6
Grasa: manteca o aceite (Kg/persona)	8,3	8,3

Fuente: traducido de la referencia (2).

La década de los 50 fue una década de aumento de la investigación nutricional; en 1953, en Venezuela, se inician investigaciones en bioquímica y de nutrición clínica, con el desarrollo de herramientas como la Tabla de Composición de Alimentos e informaciones de consumo de varias zonas del país, elaborándose por primera vez una hoja de balance de alimentos (2). En esta época se fortaleció notablemente los adelantos tecnológicos y nuevos tratamientos médicos y quirúrgicos a nivel hospitalario, asimismo en los servicios de alimentación se incorporaron nuevas tecnologías para la preparación y distribución de las comidas, así como la organización del trabajo derivado de estos avances

(9). Sin embargo, a medida que la ciencia médica y en especial la investigación en nutrición humana y clínica fueron avanzando, la evidencia resultante concluye que la alimentación hospitalaria favorece la rápida recuperación clínica del paciente (9,10).

Por su parte, la industria alimentaria se ha renovado y en las cocinas —ahora llamadas técnicamente servicios de alimentación— prima la especificidad dietética para cada uno de los pacientes. En las últimas décadas se ha integrado la gastronomía, conocida como “el arte de comer bien”, no solo desde el punto de vista de la dietética, sino sobre todo desde lo estético (4,11). La combinación de estas dos áreas de trabajo ha permitido, hoy en día, ofrecer un servicio de mayor calidad en producto y mejor adherencia a la dieta.

Alimentación hospitalaria como servicio transversal en la atención en salud

El servicio de alimentación hospitalario se encarga de procesar y transformar los alimentos de acuerdo con unos estándares técnico científicos para obtener un producto con atributos dietéticos, según las especificaciones de cada paciente; actualmente esta actividad económica es conocida como restauración hospitalaria. Este es un sistema abierto que interactúa con el medio que lo rodea (12) y depende de factores entre los que cabe destacar el tipo de actividad, número y características de los comensales y de la capacidad instalada, en aras de cumplir con los siguientes objetivos básicos (13): 1) satisfacer las necesidades y expectativas del usuario, 2) funcionar adecuadamente en cualquier ambiente económico y 3) adaptarse a las preferencias y necesidades de los usuarios, de las condiciones socioeconómicas o de ambos.

Existen dos modalidades de atención en los servicios de alimentación: internalización o autogestión y externalización u outsourcing. En Colombia se

presenta en mayor proporción esta última, ya que consiste en la gestión del servicio de alimentación por parte de una empresa privada especializada en suministro, contratada para tal fin.

La producción centralizada es común en el área hospitalaria, es decir, es un sistema de organización en el que todas las etapas, desde la recepción de la materia prima —alimentos— hasta la distribución del producto final —dieta— se realizan en el mismo lugar, regido bajo una normatividad integral que permite que la transformación de los alimentos se realice de una manera segura e inocua para el usuario (14). Así lo establece la Ley 09 de 1979 —Código Sanitario Nacional— (15) y desde este, la Resolución 2674 de 2013 (16); esta última acompañada por la Resolución 719 de 2015 (17).

Actualmente, la gestión de los procesos en el servicio de alimentación es un paso prioritario y transversal en la organización. Esta transversalidad se entiende como un concepto que asegura el compromiso efectivo de toda la organización para trabajar, desde cualquier especialización sectorial o ámbito, por unos objetivos que no se pueden asumir por una sola de las estructuras organizativas. Se pretende así desarrollar estrategias, herramientas e instrumentos que permitan adaptarse mejor a las exigencias de una realidad compleja, aproximándose a la visión del usuario. En esta estructura el conocimiento es el eje central que garantiza la atención continua e integral del paciente en su paso por el hospital (18,19).

Asimismo, se requiere obtener indicadores de satisfacción al respecto, los cuales en los procesos de habilitación en salud se utilizan con un enfoque centrado en el modelo de seguridad del paciente y se fortalecen con la acreditación. En ese sentido, la satisfacción del usuario es una prioridad determinada por el logro o cumplimiento de las expectativas con las que acude al solicitar o recibir el

servicio, y es definida como el gusto o agrado del usuario con relación a los prestadores de los servicios y los resultados de la atención recibida (20).

En cuanto a la alimentación hospitalaria, puede contemplarse desde diversas perspectivas, así el nutricionista planteará si la ingesta del paciente satisface sus requerimientos de nutrientes; posteriormente analizará el costo de la alimentación y la cantidad de alimento que se aprovecha en la producción y su impacto de acuerdo con la ingesta del paciente; y, desde la perspectiva del mismo, se contempla la repercusión en su salud, su capacidad de elección, la satisfacción de sus gustos, la presentación, la temperatura, los horarios de comida, entre otros. Entonces, la alimentación hospitalaria beneficiará al paciente solo si es suficientemente atractiva como para asegurar el consumo adecuado (9).

En IPS el Departamento de Nutrición y Dietética establece los regímenes alimenticios o dietas del paciente, según su estado patológico, formulando intervenciones y recomendaciones con fines terapéuticos (1,21) desde la perspectiva de la dietoterapia, la cual es entendida como la rama de la terapéutica en la que los alimentos y sus nutrientes se emplean con fines curativos (22). Se maneja entonces la cantidad y calidad adecuada de alimentos que necesita un individuo de acuerdo con las condiciones fisiológicas, ambientales, sociales y económicas. Por consiguiente, la dieta se convierte en un componente indispensable en los centros hospitalarios para el tratamiento integral de un paciente hospitalizado.

Asimismo, los menús que componen las dietas del hospital se han ido transformando con el paso del tiempo, inicialmente eran diseñados por personal de la cocina o administradores del hospital, bajo supervisión médica o de enfermería y se basaban en tradiciones, costumbres del personal

de cocina o dietas copiadas de otros hospitales, sin estar científicamente planificados. Actualmente el diseño de las dietas requiere una evaluación constante para conseguir optimizar el consumo real de los usuarios. La dieta normal o basal es la más atractiva para los pacientes, puesto que se asemeja a sus hábitos alimentarios. Sin embargo, muchos enfermos hospitalizados reciben una dieta modificada con un fin terapéutico que generalmente se caracteriza por ser poco apetitosa y contribuir a una menor ingesta de alimentos (9).

Por esta razón, las principales consecuencias que se observan son el aumento en la prevalencia de desnutrición hospitalaria, que es uno de los principales problemas y causa de muerte más frecuente en el mundo y afecta a los pacientes hospitalizados. En la actualidad se han reportado más de 150 estudios clínicos que demuestran un riesgo de desnutrición de los pacientes hospitalizados, el cual oscila entre el 30-55 % y se debe en gran parte al desconocimiento generalizado de este problema por parte del personal de la institución. Otros estudios describen la desnutrición como indicador de mal pronóstico, puesto que genera retrasos en la recuperación, aumenta la incidencia de complicaciones, prolonga la estancia media hospitalaria e incrementa los costes (23,24).

Un estudio publicado en *Hospital* (25) comprueba que las personas con problemas nutricionales acaban teniendo estadías más largas, motivo por el cual la constitución de equipos de terapia nutricional acreditados garantiza un nivel óptimo de atención al usuario, disminuyendo así la estancia y el costo procedente de esta, de allí la importancia de la calidad en la alimentación que se le brinda al paciente como tratamiento para mejorar la permanencia en el hospital (7,26,27).

Es así que dentro de las funciones de este equipo, está valorar el estado nutricional del paciente pre-

vio al ingreso, para determinar la necesidad de fortalecer su tratamiento nutricional y de esta manera esperar una mejor respuesta a la enfermedad. Actualmente, la alimentación en los hospitales no está adecuadamente controlada ni regulada, y depende en gran parte del criterio de los directores, gerentes o de jefes de departamento para su gestión y control (24), destinando gran parte del presupuesto a costosos medios, diagnósticos o modernos procedimientos terapéuticos, y olvidando contemplar sistemáticamente la necesidad vital básica esencial de los pacientes como lo es la alimentación y nutrición. Así, es posible reflexionar que, aunque se cuente con todos los cuidados del mundo, los enfermos al final se pueden estar muriendo de hambre (24).

El ser humano siempre valorará positivamente el alto grado de confort y calidad de los servicios de hostelería y más aún cuando se encuentra enfermo en un hospital (5). Es así como los menús hospitalarios deben ser diseñados respetando las preferencias de los pacientes en cuanto a variedad y dentro de la restricción de la dieta a ofrecer, contemplando desde el valor nutritivo hasta las cualidades gastronómicas que integran el servicio (28). Además, implícitamente deben visualizar un lenguaje de armonía, creatividad, felicidad, provocación y cultura; así es que se deben buscar productos de máxima calidad procurando preservar su pureza y sabor original (4,11), con el fin de lograr que el paciente se encuentre satisfecho por la alimentación recibida, convirtiéndose directamente en un indicador de percepción de la calidad del servicio (6).

En las últimas décadas se ha promovido el derecho del paciente a evaluar y opinar sobre los servicios de salud recibidos, gracias a esto las empresas hospitalarias y sus trabajadores han buscado la forma de mejorar la satisfacción, ofreciendo un valor agregado a sus productos; se ha descubier-

to que si el paciente está satisfecho seguirá las recomendaciones médicas que se le indiquen. Es así como la alimentación, unida a la calidad profesional y humana en el momento de la distribución, permiten evaluar o juzgar el servicio; un efecto positivo sobre la aceptación de la alimentación en el paciente se puede lograr con detalles que evidencien la calidad de la gestión de una empresa de servicios de alimentación (1,4,7,11).

Si a la dieta se le añaden algunas características de personalización y toque diferencial en el servicio, como el personal que entra en relación con el paciente, la información acerca del porqué de su dieta y las características de ella, la posibilidad del paciente de elegir entre algunos platos y decir los que no le gustan, favorece la aceptación de la comida, y contribuye a que no hayan cambios ni peticiones extraordinarias que incrementen los costos. Estos factores entre otros, le hará más grata la estancia al paciente (29). Por eso, la intangibilidad de los servicios condiciona que su grado de calidad dependa de la percepción y evaluación de los usuarios (5,7,20).

En resumen, las variables hedónicas con la dietética serán los referentes de valoración para generar un sentimiento de fidelización. Sin embargo, hay que analizar que la satisfacción de los pacientes se afecta por el ambiente del hospital, la enfermedad, las características sensoriales, la imposición de menús con restricciones, la atención del personal e incluso la vajilla con que es distribuido el alimento (29).

La calidad de la atención en salud y la seguridad del paciente

La Política de Seguridad del Paciente expedida en junio del 2008 en Colombia (30,31), se ha basado en las propuestas de investigación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (32); esta

política es liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reduciendo y de ser posible eliminando la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente (30).

El proceso de calidad inicia desde la misma formulación de los estándares de habilitación, y al tomar la decisión estratégica de lograr la acreditación se fomenta una competitividad y productividad tanto en bienes como en servicios; Carreño, refiere que la calidad debe ser un compromiso con el usuario en un sentido ético (33).

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo; para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario que cada proceso se realice en forma adecuada y coordinada con los demás organismos de la institución (30).

El Ministerio de Salud y Protección Social define la calidad de la atención de salud como “La provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios” (34). Por su parte, la JointComission International –JCI– define un indicador de calidad como “la medida cuantitativa usada para monitorear y evaluar la calidad que afectan los resultados del paciente”, puede operar en la estructura, el proceso y los resultados. Estos últimos deben lograr medir esas mismas tres dimensiones a partir de otros indicadores; esta medición es una de las bases principales para una buena gerencia al permitir un sistema continuo de evaluación (35). Los indicadores son fundamentales para evaluar la calidad, tal es el caso de: la seguridad, la oportu-

nidad, la accesibilidad, la satisfacción, la gerencia de riesgo y la calidad técnica. Por medio de estos se puede realizar un seguimiento de la gestión de la calidad, permitiendo al usuario, con base en los resultados, poder elegir la IPS que ofrece la mejor calidad en la atención (33).

En contexto, entre las prácticas seguras para evitar la desnutrición o malnutrición en los pacientes intrahospitalarios, establecidas por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, se encuentran el crear una cultura institucional en que todas las partes interesadas valoren la nutrición, redefinir los roles de los clínicos para incluir el cuidado nutricional en la práctica clínica, reconocer y diagnosticar a los pacientes con malnutrición y los que están en riesgo, implementar rápidamente intervenciones nutricionales abarcadoras con monitorización continua, y comunicar los planes de cuidado nutricional (36).

En el caso de la seguridad, el servicio de alimentación debe estar orientado al diseño de procesos y políticas hacia la promoción de una atención en

salud segura, disminuyendo los riesgos o eventos adversos que se puedan generar por los procesos, coordinando los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles (30). Por consiguiente, se hace necesario comprender e implementar los principios orientados de la Política de Seguridad del paciente sistematizados en la Tabla 2.

Desde la mirada transversal, el servicio de alimentación debe ser capaz de integrar cada uno de estos principios para lograr una normalización de procesos, con la finalidad de garantizar la gestión de la inocuidad y la calidad de la dieta que se le suministra al paciente, sin que le genere ningún riesgo. Esto por medio de un personal que tenga la responsabilidad y autoridad para dirigir y asegurar la inocuidad y la formación a los miembros del equipo, con el fin de implementar, mantener y actualizar el sistema de gestión de la inocuidad de los alimentos e informar a la dirección de la organización sobre la eficacia y adecuación de este sistema. Es así que la gestión

Tabla 2. Principios de la política de seguridad del paciente

Principio	Significado
Enfoque de atención centrado en el paciente	Lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, que es el eje alrededor del cual giran las acciones de seguridad del paciente.
Cultura de seguridad	El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.
Integración con el SOGC de la atención de salud	Es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) de la atención en salud y es transversal a todos sus componentes.
Multicausalidad	El problema de la seguridad del paciente es un problema sistemático y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.
Validez	Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
Alianza con el paciente y su familia	Debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
Alianza con el profesional de la salud	La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

Fuente: adaptado de la referencia (30).

en la producción de alimentos seguros debe hacer parte de la filosofía de la calidad de la atención prestada por el servicio de alimentación (37).

Otro indicador de gran importancia que permite medir la calidad de los servicios públicos y privados es la satisfacción del usuario; la percepción subjetiva de este habla de la calidad del servicio, conjugando al tiempo tanto sus necesidades como sus expectativas. A partir de este indicador se obtiene la información acerca de los aspectos de estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas) y el resultado (cambios en el estado de salud, y percepción general de la atención recibida). La satisfacción de los usuarios como indicador de calidad es valorada en los distintos modelos de atención en salud y se define como la relación que existe entre las expectativas y necesidades del paciente o de sus familiares a través de la atención médica recibida (38).

Desde esta perspectiva, se debe trabajar en lograr que el servicio prestado, en este caso la alimentación suministrada, satisfaga las necesidades y expectativas del paciente y su familia —sin perder la orientación terapéutica— y se convierta en un indicador efectivo para promover y evaluar el mejoramiento continuo de la calidad como un componente en la atención frente a la alimentación hospitalaria en las IPS.

La habilitación de los servicios de alimentación hospitalaria

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), establecido en la Ley 100 de 1993 (39), definió el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), en el Decreto 1011 de 2006, definido como “el conjunto de instituciones, normas, requisitos y mecanismos deliberados y sistemáticos, para mejorar y mantener la calidad de los servicios de salud en el país” (34). El SOGC está

conformado por cuatro subsistemas, a saber: el Sistema Único de Habilitación (SUH), la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud (Pamec), el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad (SIC). Estos subsistemas, organizados en la Tabla 3, son armónicos y definen la ruta de calidad en cualquier IPS (40-43).

El servicio de alimentación es un conjunto de recursos, insumos, procesos y procedimientos organizados y autorizados con el objeto de prevenir enfermedades, promover, mantener, recuperar y/o rehabilitar la salud de las personas. Adicionalmente a la normatividad general, en el contexto específico de la habilitación de los servicios de alimentación, toda institución que ofrece este servicio, debe garantizar previamente el cumplimiento de los requisitos sanitarios propios de estas áreas, ya sea que se preste de manera directa o contratada. Por lo que debe cumplir con los protocolos respectivos (44), entre ellos:

- La preparación de dietas para la alimentación vía oral.
- Garantizar el suministro de alimentación a los pacientes hospitalizados.

Bajo esta finalidad el manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación se establece como un instrumento que define las condiciones para el servicio prestado, con el fin de que se cumplan los requisitos mínimos para brindar seguridad a los usuarios en el proceso de atención (45).

En cuanto al recurso humano, la OMS en su 10.^a asamblea celebrada en 1974 refiere una proporción aproximada de un dietista o nutricionista por cada 50 pacientes, reconociendo a este profesional como pieza fundamental para el desarrollo del servicio de alimentación, el cual se debe encargar del funcionamiento en general del servicio y de llevar a cabo las funciones de planeación,

Tabla 3. Implementación y material vigente de los subsistemas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

Subsistemas	Implementación	Normatividad o documentos técnicos vigente
Sistema de habilitación	Son las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema.	- Resolución 226 de 2015 - Resolución 3678 de 2014 - Resolución 2003 de 2014 - Decreto 1011 de 2006 - Resolución 4445 de 1996
Auditoría para el mejoramiento continuo	Mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.	- Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. - Lista de chequeo del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad. - Guías básicas para la auditoría en el mejoramiento de la calidad.
Sistema único de acreditación	Procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las entidades, destinados a comprobar el cumplimiento de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios.	- Resolución 2427 de 2014 - Resolución 2082 de 2014 - Resolución 903 de 2014 - Guía de preparación para la acreditación - Manual de Acreditación de Salud Ambulatorio y Hospitalario
Sistema de información para la calidad	- Realiza seguimiento y evaluación de la gestión de calidad de atención de salud en el SOGC. - Brinda información al usuario para elegir libremente con base a la calidad de los servicios. - Ofrece insumos para la referenciación por calidad, permitiendo materializar los incentivos de prestigio del sistema.	- Resolución 1446 de 2006 y anexos - Indicadores de calidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Fuente: elaborado a partir de las referencias (40-43).

organización, liderazgo y control. De esta manera se acoge lo dispuesto en el Manual sobre el funcionamiento del Departamento de Nutrición y Dietética en hospitales públicos colombianos bajo la Resolución 10067 de 1979 del Ministerio de Salud; por consiguiente, el servicio de alimentación hospitalario contribuye directamente en el tratamiento de la enfermedad, razón por la cual la planta física y los equipos utilizados favorecen la oportuna operación del servicio (46), aunque formalmente no se utiliza dentro de los procesos de habilitación.

En efecto, el establecer geográficamente su ubicación en la institución permite un acceso oportuno a todos los servicios, evitando retrasos en la entrega o pérdidas de temperaturas de las preparaciones. Además, el espacio destinado a los equipos y la ubicación

del personal favorecen el flujo de trabajo logrando una mayor productividad. De manera que un proceso de producción adecuado se obtiene con una capacidad instalada acorde a la reglamentación y al costo/beneficio, asegurando los resultados deseados. El marco normativo técnico para la producción de alimentación, está inserto en la dimensión de calidad e inocuidad de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional del Conpes 113 de 2008 (47).

Este tipo de servicios de suministro puede ser contratado; actualmente es común su tercerización. Las empresas especializadas en alimentación, organizan sus Sistemas de Gestión de la Calidad desde las certificaciones privadas utilizando las ISO que fortalecen los procesos con enfoque al cliente, pero no es un requisito para la habilitación. Toda

IPS debe encontrarse habilitada y registrada ante la entidad territorial de salud (48); y si obra como comprador de servicios debe establecer el Pamec para garantizar la calidad en la prestación del servicio de salud. Las obligaciones técnicas son establecidas por la IPS, con el fin de lograr resultados más favorables, de acuerdo con los parámetros exigidos desde el Departamento de Nutrición y Dietética.

Servicios de alimentación y acreditación hospitalaria

La acreditación en salud permite asegurar la entrega de servicios de salud seguros y de alta calidad, previo cumplimiento de los requisitos mínimos determinados por el SUH. El Decreto 1011 de 2006 (34) y la Resolución 1445 de 2006 (49), ambos del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, lo definen como “un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garanticen y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadoras. Es realizado por un personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función.

En el contexto nacional, el Sistema Único de Acreditación (49) es un proceso voluntario, con evaluación por pares, que obedece a unos principios y estándares internacionales definidos por el organismo acreditador de acreditadores, la Asociación Internacional para la Calidad en la Atención en Salud (Isqua), cuya función principal es establecer el estándar de calidad en la atención en salud, por medio de un programa de acreditación para organismos de evaluación externa que establecen estándares, educan y capacitan, evalúan desempeño y reconocen logros, en otras palabras, influye

en las organizaciones nacionales e internacionales de la salud y los gobiernos para que reconozcan la acreditación de la Asociación Internacional para la Calidad en la Atención en Salud como un requisito de calidad (50).

Asimismo, el objetivo del SIC, además de incentivar el manejo de las buenas prácticas, es afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que puedan tomar decisiones basadas en los resultados de la acreditación y decidir libremente si deben permanecer o trasladarse a otras entidades del sistema que también estén acreditadas. Una vez que la IPS desea acreditarse, como prerrequisito debe estar habilitado e implementar el Pamec. De esta manera, puede iniciar el proceso en una entidad de acreditación autorizada para tal fin; en la Tabla 4 se describen dos instituciones reconocidas en el entorno colombiano, el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (Icontec) y la JCI, acreditadora de los Estados Unidos de América (29,51-56).

Es importante manifestar que desde 1974 se cuenta con estándares e indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe frente a la alimentación (57), en el cual se resalta:

- Contar con un listado de regímenes por patología, confeccionado por un nutricionista. No menos del 50 % de una muestra de pacientes debe calificar la comida como satisfactoria.
- Disponer de un nutricionista al menos para la organización del servicio, la visita diaria de los pacientes y la prescripción de regímenes personalizados. Contar con un área para la preparación de fórmulas lácteas con normas específicas.
- Contar con un servicio médico de nutrición que interviene en la supervisión de la alimentación de los pacientes nutricionalmente comprometidos. Tener la capacidad de efectuar alimentación parenteral o enteral.

Tabla 4. Entidades acreditadoras de salud

Entidad	Icontec (Nacional)	JCI (Internacional)
Definición de acreditación	Conjunto de entidades, estándares y actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, con el fin de demostrar, evaluar y comprobar niveles superiores de calidad en las IPS.	Proceso en que la entidad, separada y diferente de la organización de atención sanitaria (no gubernamental), evalúa la organización sanitaria con el fin de determinar si cumple con unos estándares para mejorar la seguridad y calidad de la atención en el paciente.
Filosofía	Seguridad del paciente, existencia de políticas y programas dirigidos a humanizar la atención, gestión de tecnología en beneficio del usuario e institución, enfoque y gestión de riesgo para proveer servicios accesibles y equitativos.	Administración de la calidad y mejoramiento continuo de la calidad, adaptándose al contexto de cada país.
Estándares evaluados	- Proceso de atención al cliente asistencial Derechos de los pacientes, seguridad del paciente, acceso, registro e ingreso, evaluación de las necesidades de ingreso, planeación de la atención, ejecución del tratamiento, evaluación y ejecución de la atención, salida y seguimiento, contra referencia y sedes integradas en red. - Apoyo administrativo-gerencia a dichos procesos asistenciales Direccionamiento, gerencia, gerencia de talento humano, gerencia de información, ambiente físico, gestión de tecnología. - Mejoramiento de calidad Apoyo a las anteriores	- Centrados en el paciente: Objetivos internacionales para la seguridad del paciente, accesibilidad y continuidad de la atención, derechos del paciente y la familia, evaluación del paciente, atención y soporte al paciente, educación del paciente y su familia, gestión y uso de medicamento. - Centrados en la organización: Gestión y mejoramiento de la calidad, prevención y control de infección, organismos de gobierno, liderazgo y decisión, gestión y seguridad de las instituciones, formación y cualificación del personal, gestión de la información.
Forma de evaluación	Evalúa por medio de entrevistas al personal y pacientes de forma oral, realiza observaciones dentro de la organización de los procesos clínicos y resultados de autoevaluación, además ayuda a identificar y corregir problemas mejorando la calidad de atención y servicios, los evaluadores brindan servicio y educación para apoyar las actividades de mejora en la organización.	
Pasos para la acreditación	1. Autoevaluación (confrontación con los estándares de acreditación establecidos en el anexo 1 Resolución 1445/06 y son los que usa el Icontec para evaluar). 2. Presentar informe de la autoevaluación 3. Solicitud de la acreditación 4. Evaluación 5. Informe de evaluación de estándares 6. Decisión de acreditarse 7. Notificación de la decisión de la junta de acreditación a las IPS 8. Apelación 9. Seguimiento a la acreditación - Reacreditación	1. Participar en el taller JCI "Introducción a la acreditación" 2. Comprar manuales y guías 3. Asistir a una charla 4. Registrarse vía electrónica 5. Establecer su punto de referencia 6. Completar la fase 2 vía internet (Programa la evaluación) 7. Experimentar la evaluación 8. Entre evaluaciones (conservar la acreditación)
Duración	Cuando la institución es acreditada esta es válida durante cuatro años, a menos que se revoque por algún tipo de inconformidad.	Cuando la institución es acreditada esta es válida durante tres años a menos que se revoque por algún tipo de inconformidad.
Beneficios	Promover la optimización de la prestación de los servicios de salud, mejorar accesibilidad y continuidad en la atención, humanización y reconocimiento nacional e internacional y competitividad.	Se basa en el contexto del sector. Se enfoca en una atención humanizada. El paciente es el eje central desde la llegada al momento del egreso. Fomenta la cultura de seguridad en el paciente. Evalúa todos los aspectos de gestión y ofrece un reconocimiento internacional de atención.

Fuente: Elaborado a partir de las referencias (29,51-56).

Este tipo de acreditaciones, puede ir acompañado de certificados como el ISO 14001, que garantiza la calidad del servicio de alimentación a pacientes desde la implementación de un sistema de gestión ambiental respetuoso con el entorno. La certificación “refleja el compromiso de todos los profesionales que forman parte del área de nutrición y cocina para ofrecer un servicio con las máximas garantías y requisitos, así como una puesta para la mejora continua” (58).

Otro certificado muy común en estos contextos es el de seguridad alimentaria conforme a la norma ISO 22000, lo cual supone certificar que el proceso de manipulación y elaboración de los alimentos que se sirven a los usuarios se realiza con las máximas garantías y requisitos; la obtención de este certificado supone un estímulo para todos los profesionales que trabajan en el servicio de alimentación del hospital, así como una garantía para los usuarios que ingresan al centro (59).

Entonces, la acreditación del servicio de alimentación se logra identificando las necesidades del usuario y de la institución, brindando una atención centrada en el paciente y logrando mejorar continuamente los procesos, por medio de la integración del trabajo y del conocimiento de todo el personal de la IPS que gira en torno a la alimentación hospitalaria.

CONCLUSIONES

La acreditación en salud permite asegurar la entrega de servicios de salud seguros y de alta calidad, a partir de la identificación de las necesidades y expectativas del usuario, con un enfoque de seguridad al paciente. Por eso, siendo la alimentación un servicio transversal, es un proceso prioritario que contribuye a la creación de valor para una IPS, más cuando uno de los aspectos más fuertes de recordación de la buena atención hospitalaria es la alimentación suministrada.

Desde la industria alimentaria se han diseñado estrategias que permiten brindar un valor agregado frente a los principales aspectos de insatisfacción que reflejan los usuarios frente a la alimentación hospitalaria; cada uno de estos aspectos permiten generar un indicador de resultado importante para evaluar la satisfacción dentro de un sistema de gestión de calidad en salud, promoviendo así el mejoramiento continuo y afianzando la competitividad con miras a lograr visibilidad nacional e internacional.

En muchas ocasiones, se obtiene la acreditación de estos servicios por el apoyo en infraestructura —planta física y equipos— que los contratistas en alimentación aportan para que esos procesos sean efectivos y bien calificados, dado que la voluntad gerencial está más direccionada a otros servicios que generan facturación, es decir, ingresos económicos a la IPS.

Es posible fortalecer la alimentación hospitalaria desde los recursos que manejan los hospitales públicos y privados, como un criterio para la acreditación en salud, y aunque es un tema bastante exigente, se requiere de una transformación cultural al interior de la organización, donde haya un trabajo en equipo con direccionamiento estratégico hacia la calidad; sumado a esto, el fortalecimiento de la relación del paciente y su familia con la IPS, brindando una atención centrada en las necesidades del paciente donde este participe activamente en el plan de alimentación como parte integral de su tratamiento y a su vez sea atendido bajo parámetros de gestión del riesgo integral.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su agradecimiento a la Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Departamento de Nutrición Humana. Sede Bogotá.

Referencias

1. Galilea. Centro de Formación y Empleo. Nutrición y Dietética. 1ª. edición. Andalucía: Antakira Grafic; 2010.
2. Bourges H, Bengoa J, O'Donnell A. Historias de la nutrición en América Latina. Publicación SLAN #1; 2002:14-33. Disponible en: <http://www.slan.org.ve/libros/Historias%20de%20la%20Nutrici%C3%B3n%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina.pdf>
3. Alzate A. Comer en el hospital colonial: apuntes sobre la alimentación en tres hospitales neogranadinos a finales del Siglo XVIII. Hist Crit. 2012;46:18-42. Disponible en: <https://historiacritica.uniandes.edu.co/view.php/741/1.php>
4. Armendariz J. Gastronomía y nutrición. 1ª. Edición. Madrid: Ediciones Paraninfo SA; 2013. 152 p.
5. Ruiz A. Alimentación hospitalaria. INSACAN. [Online]; 1999 [citado 2015 Abril 3]. Disponible en: <http://www.insacan.org/racvao/anales/1999/articulos/12-1999-04.pdf>.
6. Colombia. Instituto Nacional de la Salud. Organización de cocina y alimentación en centros sanitarios: Manual de planificación técnica y funcional. [Online]; 1990 [citado 2015 Abril 3]. Disponible en: http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Organizacion_CocinaAlimen.pdf.
7. Martínez J, Astiasarán I, Muñoz M, Cuervo M. Alimentación hospitalaria. Vol 1: Fundamentos. Madrid: Díaz de Santos; 2004.
8. Musalem J. Los problemas de la alimentación y los acuerdos de Hot Spring 1943. Facultad de ciencias jurídicas y sociales. Universidad de Chile. [Online] [citado 2016 Noviembre 19]. Disponible en: http://historiapolitica.bcn.cl/obtienearchivo?id=documetos/10221.1/11663/1/Los_problemas_de_la_alimentaci%C3%B3n.pdf
9. León M. La evolución de la alimentación hospitalaria. ArsMédica. Revista de Humanidades. 2004;45-56.
10. Sánchez N, García M. Alimentación, Nutrición y Dietética a través de la historia de la enfermería. Cultura de los cuidados. 1999;año III(5):29-32. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5163/1/CC_05_05.pdf
11. López A, Carabias L, Díaz E. Ofertas gastronómicas. 1ª. Edición. Madrid: Ediciones Parainfo S.A.; 2011.
12. Arias Z, Gonzalo Y. Elaboración de un manual de procedimientos para servicios de alimentos de los Hospitales Militar Central y Fundación San Carlos de Santa Fe de Bogotá. Tesis de grado. Facultad de Medicina. Bogotá: 2000.
13. Tejada B. Administración de servicios de alimentación. Calidad, nutrición, productividad y beneficios. 2ª. edición. Medellín: Universidad de Antioquia; 2007.
14. Ramírez S et al. Restauración en servicios hospitalarios. 1ª. edición. Málaga: Editorial Vértice; 2008.
15. Colombia. Congreso de la República. Ley 09 de 1979: Código Sanitario Nacional. 1979. [citado 2015 noviembre 19]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=1177>
16. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2674 de 2013. Por la cual se reglamenta el artículo 126 del Decreto-ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones. 2013. [citado septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=54030>
17. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 719 de 2015: Clasificación de alimentos para consumo humano de acuerdo con el riesgo de salud pública. 2015. [citado septiembre de 2015]. Disponible en: <https://www.invima.gov.co/images/pdf/normatividad/alimentos/resoluciones/resoluciones/2015/Nubia%20%C2%A1%C2%A1%C2%A1Resoluci%C3%B3n%200719%20de%202015.pdf>
18. México. Secretaría de Salud. Innovación en gestión hospitalaria en México. El caso de los hospitales regionales de alta especialidad México: Secretaría de salud edición primera; 2006. [citado septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7848.pdf>

19. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. La transversalidad como elemento de mejora en el ayuntamiento de Victoria-Gasteiz. [Online]. [citado 2015 Junio 11]. Disponible en: https://www.diba.cat/c/document_library/get_file?uuid=4d96bf46-ebec-4fee-a23c-3a8a30c05d2f&groupId=7294824.
20. Ramírez N. Evaluación de la calidad del servicio de nutrición del Hospital "Dr Luis F. Nachón". [Online].; 2012 [citado marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.uv.mx/msp/files/2012/11/coleccion8NancyRamirezAburto.pdf>.
21. España. Asociación para la Promoción del Consumo de Frutas y Hortalizas 5 al Día. ¿Qué es '5 al día'? [Citado mayo de 2015]. Disponible en: http://www.5aldia.org/datos/60/DOSSIER_5_AL_DIA_5452.pdf
22. Rodríguez O, Hodelín MC, Flores F. Dietas en las instituciones hospitalarias. MEDISAN. 2012;16:1600-10.
23. Ulibarri J, Picón M, García E, Mancha A. Detección precoz y control de la desnutrición hospitalaria. Nutr Hosp. 2002;17:139-46.
24. Ulibarri J. La desnutrición hospitalaria. Nutr Hosp. 2003;18:109-12.
25. Araluce M, Garcés F. Ciclo de alimentos. En: Martínez J, Astiasarán I, Muñoz M, Cuervo M. Alimentación hospitalaria: Fundamentos. Madrid: Díaz de Santos; 2004.
26. Cruz J, Figueredo R, Dugloszewski C, Ruy J, Spolidoro J, Matos A, et al. Declaración de Cancún: declaración internacional de Cancún sobre el derecho a la nutrición en los hospitales. Nutr Hosp. 2008;23:413-7.
27. Consejo de Europa. Comité de ministros. Resolución sobre alimentación y atención nutricional en hospitales. [Online]; 2003. [citado 2016 Julio 23]. Disponible en: <http://www.unav.edu/documents/11310/0/resolucionalimentacionNHD.pdf>
28. Herrera M. V congreso internacional alimentación, nutrición y dietética. En Conferencia de las nuevas tecnologías en restauración hospitalaria: su aplicación en el cocinado, conservación y distribución y servicio; Madrid. p 61-72. [citado 2016 Julio 23]. Disponible en: http://revista.nutricion.org/hemeroteca/revista_marzo_02/VCongreso_publicaciones/Conferencias/Herrera.pdf
29. Araluce M. Empresas de restauración alimentaria: Un sistema de gestión global. Madrid: Díaz Santos; 2001.
30. Colombia. Ministerio Salud y de Protección Social. lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. Bogotá: MPS; [Online]. 2008. [citado 2016 Julio 23]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20POL%C3%8DTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>
31. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Seguridad del Paciente. [Online]. 2008 [citado 2015 Julio 23]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Seguridad-del-Paciente.aspx>
32. OMS. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Investigación en Seguridad del Paciente. [Online]. 2008 [citado julio de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochures.pdf?ua=1
33. Carreño A. Medición de la calidad, la eficiencia y la productividad en hospitales públicos de tercer nivel de atención en Bogotá 2008. Rev Univer & Empresa. 2009;17:203-22. [citado julio de 2015]. Disponible en: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/98/98266dc7-975a-423e-b45a-84ba6b486ef0.pdf
34. Colombia. Ministerio de Protección Social. Decreto 1011 de 2006: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 2006. [citado 2015 Julio 23]. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/Documents/DECRETO_1011_DE_2006.pdf
35. Carvajal D. Comportamiento de la calidad en el centro javeriano de oncología (CJO) en el periodo comprendido entre los años 2009 y 2010. Un estudio de caso. Trabajo de grado. Bogotá, D.C: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de ciencias económicas y administrativas; 2012.

Alimentación hospitalaria

36. Colombia. Ministerio de Salud y la Protección Social. Prevención de la malnutrición o desnutrición. [Online]. [citado julio de 2015]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-la-malnutricion-o-desnutricion.pdf>
37. España. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Más calidad en el servicio de alimentación del Hospital Universitario Virgen de las Nieves. [Online]. 2006 [citado junio de 2015]. Disponible en: http://www.hvn.es/varios/ciudad_salud/ciudad_salud_13/n13-9-13.pdf
38. Coronado R, Cruz EMS, Arellano A, Nava T. El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. *Rev Mex Med Fis Rehab*. 2013;25:26-33.
39. Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993: Sistema General de Seguridad Social en Salud. 1993. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
40. Colombia. Ministerio de Salud y la Protección Social. Auditoría para el mejoramiento de la calidad [Online]. 2007 [citado junio de 2015]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/auditoria-para-el-mejoramiento-de-la-calidad.aspx>
41. Colombia. Ministerio de Salud y la Protección Social. Sistema único de habilitación. [Online]. [Citado 2015 Junio 13]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Sistema-unico-de-habilitacion.aspx>
42. Colombia. Ministerio de Salud y la Protección Social. Sistema único de acreditación. [Online]. 2014 [citado junio de 2015]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-unico-acreditacion-sistema-obligatorio-garantia-calidad.aspx>
43. Colombia. Ministerio de Salud y la Protección Social. Sistema de información para la calidad. [Online]. [citado junio de 2015]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/sistema-de-informacion-para-la-calidad.aspx>
44. Colombia. Ministerio de Salud y la Protección Social. Resolución 2003 de 2014: Procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. 2014 [citado junio 2015]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf
45. Colombia. Centro de Gestión Hospitalaria. Habilitación. [Online]. [citado junio de 2015]. Disponible en: <http://www.cgh.org.co/temas/descargas/habilitacion.pdf>
46. Martínez N, Cortes A. Estudio comparativo y propuesta de dotación del servicio de alimentos del Hospital San Rafael de Facatativá. Tesis de grado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, carrera de Nutrición y Dietética; 2000.
47. Colombia. Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, Ministerio de Educación Nacional, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Instituto Colombiano de Desarrollo Rural, Departamento Nacional de Planeación: DDS – DRS. Documento CONPES 113 de 2008. Política nacional de seguridad alimentaria y nutricional (PSAN). 2008. [citado Junio de 2015]. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Social/PSAN%20pagina%20web.pdf>
48. Colombia. Supersalud. Título IV. Instituciones prestadoras de servicios de salud. [Online]. [citado marzo de 2015]. Disponible en: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularUnica/CIR%20U_T_IV.pdf
49. Colombia. Ministerio de salud y la protección social. Resolución 1445 de 2006. Anexo técnico 2: Lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la acreditación en salud. 2006. [citado marzo de 2015]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201445%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf
50. Colombia. Icontec. Acreditación en salud. [Online]. [citado marzo de 2015]. Disponible en: [http://www.acreditacionensalud.org.co/Joint Commission International](http://www.acreditacionensalud.org.co/Joint%20Commission%20International). Estándares para la acreditación de hospitales de la Joint Commission International. [Online]. 2011 [citado marzo de 2015]. Disponible en: https://www.jcrinc.com/assets/1/14/EBJCIH14S_Sample_Pages.pdf

51. Joint Commission International. Estándares para la acreditación de hospitales de la Joint Commission International. [Online]. 2011 [citado marzo de 2015]. Disponible en: https://www.jcrinc.com/assets/1/14/EBJCIH14S_Sample_Pages.pdf
52. Colombia. Icontec. Conozca todo sobre el Sistema único de acreditación en salud. [Online]. [Citado marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.icontec.org/Ser/EvCon/Paginas/As.aspx>
53. Colombia. Ministerio de salud y la protección social. Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario, 2011. [citado marzo 2015]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio-hospitalario.pdf>
54. Marín A, Suarez E. Documento práctico de preparación para la acreditación internacional del laboratorio clínico. Trabajo de grado. Bucaramanga: Universidad CES- Universidad Autónoma de Bucaramanga, Facultad de Medicina; 2010.
55. Joint Comission International. Pathway to JCI accreditation for hospital. [Online]. [citado marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.jointcommissioninternational.org/pathway/>
56. Hilarion P, Bañeres J, Vallejo P. Sistema de acreditación Joint Comission International. [Online]. [Citado marzo 2015]. Disponible en: https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/2340/mod_resource/content/1/Modulo_4/Lecturas_Complementarias/Semana_1_M4.S1.Lectura OPCIONAL_2_-_Sistema_de_acreditacion_Joint_Commission.pdf
57. Moraes H, Paganini J. Estándares e indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington: OPS/HSS; 1994. [Citado marzo 2015]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16603s/s16603s.pdf>
58. España. Marchainformación, Tomelloso 26/10/2012. La cocina del Hospital obtiene la acreditación ISO 14001 de seguridad alimentaria y gestión medio ambiental. [Online]. 2012 [citado junio de 2015]. Disponible en: <http://manchainformacion.com/noticias/7598-La-cocina-del-Hospital-obtiene-la-acreditacin-ISO-14001-de-seguridad-alimentaria-y-gestin-medioambiental>
59. España. Europapress. El servicio de cocina del Infanta Margarita obtiene acreditación de calidad. [Online]. 2015 [citado junio de 2015]. Disponible en: <http://www.europapress.es/esandalucia/cordoba/noticia-hospital-infanta-margarita-obtiene-certificado-gestion-seguridad-alimentaria-iso-22000-20150302173652.html>