

**Modelo de Mercadeo para la Gestión de la Nutrición Clínica en 5 hospitales de  
Colombia**

**Diana María Trejos**

**Carlos Augusto Pinilla Moreno**

**Universidad de Manizales**

**Departamento de Ciencias Económicas y Administrativas**

**Maestría en Mercadeo**

**Manizales**

**2018**

**Modelo de Mercadeo para la Gestión de la Nutrición Clínica en 5 hospitales de  
Colombia**

**Diana María Trejos**

**Carlos Augusto Pinilla Moreno**

**Asesor:**

**Dra. Marleny Cardona Acevedo**

**Doctora en Ciencias Sociales**

**Trabajo de grado presentado para optar al título de  
Magíster en Mercadeo**

**Universidad de Manizales**

**Departamento de Ciencias Económicas y Administrativas**

**Maestría en Mercadeo**

**Manizales**

**2018**

## Contenido

Resumen.....	8
Abstract .....	8
Introducción .....	10
1. Problema de investigación .....	12
2. Antecedentes .....	14
3. Justificación .....	17
4. Objetivos .....	24
4.1 Objetivo General .....	24
4.2 Objetivos Específicos .....	24
5. Marco Conceptual .....	25
6. Marco Teórico .....	31
7. Hipótesis.....	55
8. Metodología .....	56
8.1 Diseño muestral .....	56
8.2 Método para recolección de datos.....	56
8.3 Método para analizar los datos .....	57
9. Resultados y análisis de datos.....	58
9.1 Dirección del Hospital .....	58
9.2 Estructura.....	60
9.3 Gestión Nutricional .....	60
9.4 Asistencial .....	62
9.5 Paciente.....	63

9.6 Mercadeo.....	65
10. Modelo de Mercadeo para el área de Nutrición Clínica .....	69
11. Conclusiones.....	93
11.1 Área de Dirección y Administración general del proceso .....	93
11.2 Estructura administrativa que soporta al Área de Nutrición intrahospitalaria ..	96
11.3 La Gestión Nutricional .....	96
11.4 La asistencia como base de la nutrición .....	97
11.5 El Paciente .....	98
11.6 Área de Mercadeo. ....	99
11.7 Contribución a la práctica.....	101
11.8 Contribución a la teoría .....	101
11.9 Limitaciones.....	102
Referencias.....	103

## Lista de Tablas

Tabla 1. Tendencias en la gestión hospitalaria según modelos de decisión .....	20
Tabla 2. Tendencias que justifican el diseño de un modelo de Mercadeo aplicado a la nutrición Hospitalaria.....	21
Tabla 3. Evolución de la Reglamentación del Sistema de Salud en Colombia .....	31
Tabla 4. Objetivos de Mercadeo .....	69
Tabla 5. Objetivo de rentabilidad.....	70
Tabla 6. Área de nutrición intrahospitalaria. MModelo de Mercadeo aplicado. Funciones por área o departamento.....	72
Tabla 7. Datos generales .....	81
Tabla 8. Facturación último año .....	82
Tabla 9. Atención Nutricional.....	83
Tabla 10. Normatividad que debe cumplir en nutrición .....	84
Tabla 11. Plan de Mercadeo.....	85
Tabla 12. Área de nutrición intrahospitalaria. Propuesta de estrategias de Mercadeo .....	88

## Lista de Figuras

Figura 1. Interacción del Área de Nutrición Clínica con otros servicios hospitalarios .....	15
Figura 2. Oferta de Servicios de Salud .....	50
Figura 3. Usuario Colombiano: características .....	50
Figura 4. ....	52
Figura 5. Área de nutrición intrahospitalaria. Modelo de Mercadeo aplicado. Dependencia administrativa y operatividad.....	71
Figura 6. Área de nutrición intrahospitalaria. Modelo de Mercadeo aplicado. Dependencia administrativa y operatividad.....	73
Figura 7. Marketing Mix para el Servicio de Nutrición Intrahospitalaria de la Clínica Santa Sofía de Manizales. ....	79
Figura 8. Representación Esquemática del Modelo de Mercadeo aplicado al Servicio de Nutrición intrahospitalaria .....	92

## Lista de Anexos

Anexo 1. Formulario de recolección de información.....	110
Anexo 2. Cuadro de Categorías .....	115
Anexo 3. Modelo de Mercadeo.....	116
Anexo 4. Matriz de comparación de instituciones.....	118
Anexo 5. Consolidado formulario e instituciones.....	119

## Resumen

**Objetivo:** Diseñar y plantear la implementación de un Modelo de Mercadeo aplicable al área de Nutrición Clínica de instituciones de la Salud en Colombia.

**Metodología:** Estudio de tipo cualitativo / subjetivo.

**Resumen:** La gestión de la nutrición en un hospital requiere un mercadeo intrahospitalario que permita la interconexión de procesos. Para ello se realizó una matriz de comparación de categorías de información: dirección, estructura, gestión nutricional, asistencial, paciente y Mercadeo. En 5 hospitales colombianos. La revisión de esta información y de los modelos de gestión de salud en Colombia, generó el desarrollo de un modelo de mercadeo para la Unidad de Nutrición, que permita eficiencia en la disminución de los costos y gastos del sistema de salud y al mismo tiempo ofrecer un excelente servicio satisfaciendo las necesidades de usuario.

**Palabras clave:** gestión, nutrición clínica, modelo de mercadeo.

## Abstract

### **Mercadeo Model for the Management of Clinical Nutrition in 5 hospitals in Colombia**

**Objective:** Design and propose the implementation of a Mercadeo Model applicable to the Clinical Nutrition area of Health institutions in Colombia.

**Methodology:** Qualitative / subjective study.

**Abstract:** The management of nutrition in a hospital requires intra-hospital Mercadeo that allows the interconnection of processes. For this, a comparison matrix of information categories was made: management, structure, nutritional, care, patient and Mercadeo. In 5 Colombian hospitals

the review of this information and the health management models in Colombia, generated the development of a Mercadeo model for the Nutrition Unit, which allows efficiency in the reduction of costs and expenses of the health system and at the same time offers an excellent service satisfying user needs.

**Keywords:** management, clinical nutrition, Mercadeo model.

## **Introducción**

El mercadeo intrahospitalario funciona como un mecanismo de regulación de los procesos y está orientado a garantizar altos niveles de calidad en el servicio, a generar en el usuario satisfacción plena, a posicionar y fortalecer la imagen corporativa y el nombre de marca entre usuarios y no usuarios, y a formular estrategias comerciales que hagan a la organización o institución de la salud, auto sostenible y rentable en todas sus operaciones. Sin embargo, aplicado a la unidad o servicio de Nutrición Clínica el mercadeo intrahospitalario es considerado como un elemento fuera de contexto y sin operatividad práctica para el grupo médico en general.

Es por ello que resulta preciso tener una idea muy clara de lo que significa el mercadeo y sus alcances en las organizaciones para poder entender las posibilidades de aplicación a nivel de estrategias y tácticas que sobre esta área puedan ser implementadas para permitir un mejor desarrollo de la gestión, no solo de la nutrición clínica, sino en todos los servicios hospitalarios.

En efecto, el tema ha sido explorado y actualmente se han generado algunos estudios que se han centrado en producir instrumentos y métricas que permitan ejercer un mejor monitoreo de los diferentes indicadores establecidos para la gestión hospitalaria de la nutrición clínica, contribuyendo a un mejor control y funcionamiento en general (Aaker, 2006).

El presente trabajo consiste en diseñar y formular un modelo de mercadeo aplicado al área de Nutrición Clínica de las instituciones de salud en Colombia. Si bien es cierto, que inicialmente se desarrollará un modelo piloto a partir de la información recopilada en cinco instituciones, la propuesta es que dicho modelo, una vez validado, se replique en todos los hospitales y clínicas del país, contribuyendo de forma decisiva en la optimización del proceso, la generación de altos niveles de calidad y satisfacción del mismo, la reducción de los casos de mal nutrición

intrahospitalaria y el fortalecimiento de la imagen de estas instituciones de salud frente a sus públicos internos y externos, en un tema de percepción positiva de marca.

El desarrollo de un modelo de mercadeo aplicado a la gestión de la nutrición clínica, implica la revisión del estado del mercadeo en hospitales a nivel interno y externo, al igual que algunos estudios previos que sobre el tema en cuestión se han realizado, y de igual forma el análisis de modelos de mercadeo ya existentes para así poder plantear un modelo ajustado a la gestión de la nutrición clínica hospitalaria, que permita una ejecución más eficiente y eficaz.

Se aplicará un cuestionario que permitirá medir el estado del área de Nutrición intrahospitalaria en siete instituciones de la salud, y una vez analizada se formulará la propuesta de modelo de mercadeo que deberá ser validado en una segunda y posterior fase de la investigación.

## **1. Problema de investigación**

La gerencia hospitalaria ha tenido una tradición en su funcionamiento que prioriza las acciones que se orientan hacia el número de prestaciones de servicio (orientación a la producción) más que a la satisfacción del usuario.

En este estudio se explora un nuevo camino representado en el campo de la nutrición clínica hospitalaria, el cual es un servicio que se requiere durante todo el proceso de hospitalización del paciente independiente de su enfermedad de base.

Su adecuada aplicación disminuye días de estancia hospitalaria, y por ende, costos en el sector salud, mejorando no solo la satisfacción del usuario, sino también la sostenibilidad financiera del servicio y la institución que lo presta.

No obstante, la aplicación del Mercadeo en hospitales se ha centrado en la obtención de resultados financieros, que junto a unos resultados clínicos medidos por medio de indicadores que en ningún momento evalúan la satisfacción del usuario, demuestran a la Gerencia que se cumplió con lo exigido por los clientes, aunque el usuario no considere que la experiencia de su hospitalización frente al servicio recibido haya cumplido con sus expectativas.

El desarrollo de estrategias de mercadeo aplicadas al servicio de la nutrición clínica posibilita una mejor satisfacción del usuario y favorecen la gestión del mismo.

El problema de la presente investigación radica en que, en la actualidad persisten los altos niveles de mal nutrición intrahospitalaria en los pacientes internos, que esta actividad no tiene la jerarquía requerida, ni goza de la importancia y el reconocimiento por parte de las directivas de las instituciones, que sus sistemas de evaluación y seguimiento son llevados a cabo por los

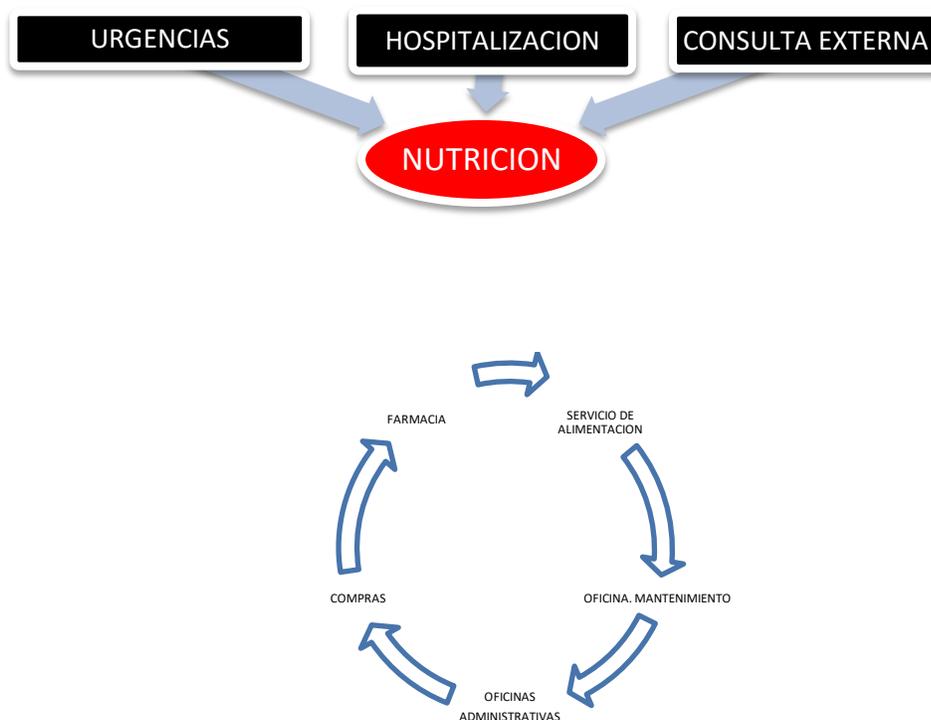
mismos prestadores del servicio y que su deficiente administración impacta directamente en la generación de resultados financieros y rentabilidad de la operación.

Se trata entonces de diseñar un modelo de mercadeo que se pueda aplicar al área de Nutrición intrahospitalaria de las instituciones de la salud que permita optimizar la prestación del servicio bajo estándares de calidad orientados a la satisfacción del usuario paciente y sus familias, de tal forma que posibilite mejorar los márgenes de rentabilidad de la institución al minimizar la aparición de casos de mal nutrición intrahospitalaria y de paso fortalecer la imagen y la marca en la región.

## 2. Antecedentes

Al interior de un hospital, las diferentes áreas o servicios son vistos como unidades de producción desde el punto de vista administrativo, y cada una a su vez requiere interacciones con otras áreas para una adecuada producción o desarrollo de su gestión (Aaker, 2006). Para el servicio de nutrición es igual (ver figura 1).

En este flujograma de un servicio de nutrición típico, se puede observar la interacción que se tiene con diferentes áreas, siendo sus mayores proveedores la farmacia y el servicio de alimentación, los cuales a su vez dependen de oficinas de compras, mantenimiento, y estas de las oficinas administrativas de mayor rango.



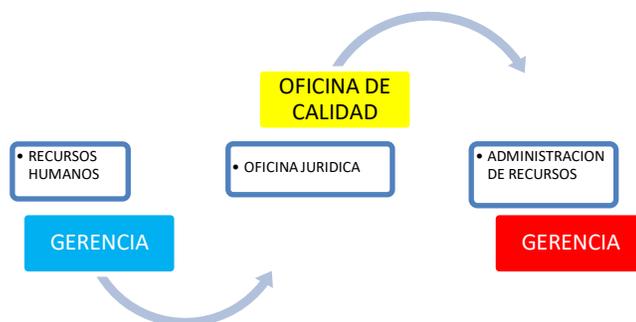


Figura 1. Interacción del Área de Nutrición Clínica con otros servicios hospitalarios

Fuente: Elaboración propia

Para todos los hospitales el servicio de nutrición es un requisito que hay que ofrecer como cumplimiento de la normatividad de habilitación y acreditación en salud (Alvarez & Burgos, 2009). Sin embargo, solo se evalúa el número de atenciones realizadas y la oportunidad en tiempo para hacerlas, más no la calidad de las mismas. De igual forma ocurre con la aceptación del menú, su disponibilidad es un requisito mínimamente evaluado en cuanto a la satisfacción que genera (Álvarez, Monereo & Ortiz, 2004; American Mercadeo Association – AMA, 2017).

Los estudios de fármaco - economía indican la importancia de gastar bien los recursos de la salud y consideran al servicio de nutrición como una de las estrategias más costo efectivas para ser desarrolladas (Arcia, 2014; García de Lorenzo, Álvarez, Burgos & Cabrerizo, 2009; Banco Atlas, 2009).

La aceptación de la terapia nutricional ofrecida vía oral, enteral o parenteral, genera gran impacto en la satisfacción del usuario y posibilita el desarrollo de estrategias que permitan mejorar más la oferta de las mismas (Barker, Gout & Crowe, 2011; Bruges, Pibernat, Campasol, Moizé & García-Lorda, 2000; Castaño, 2013; Castillo, Gómez, Velasco, Díaz-Pizarro, Matos & Miján, 2016).

La gestión de la nutrición intrahospitalaria requiere un uso adecuado de los recursos, para lo cual es necesario contar con una adecuada planeación, desarrollo y evaluación de las diferentes actividades realizadas (Conde, 2013; Congreso de la República de Colombia, 2018; Córdoba, 2009). Para esta misma gestión el uso de herramientas de mercadeo permite tener una mejor visión de los procesos que en últimas generen eficiencia con altos niveles de satisfacción en el usuario final (Cuesta, 2006; Waitzberg, 2011; Editorial, 2016).

### 3. Justificación

La revisión del proceso administrativo de la unidad de nutrición y de la aplicación de estrategias de mercadeo que permitan ser más eficientes en la gestión realizada para el mismo, hace posible no solo la disminución en gastos, sino también un nivel de gastos más eficiente que es necesario y por políticas públicas es exigencia para utilizar adecuadamente los recursos en salud (Conde, 2013; Córdoba, 2009; Cuesta, 2006).

Son muchas las investigaciones sobre fármaco-economía que evidencian cómo una adecuada atención nutricional de los pacientes disminuye días de estancia hospitalaria, días de ventilación mecánica, aumenta el giro cama, disminuye reingresos, disminuye costos en medicamentos por ayudar a disminuir infecciones y úlceras por presión, logrando disminuir los costos para el sistema de salud colombiano, el cual tiene recursos finitos que deben ser protegidos (Arcia, 2014; García de Lorenzo, Álvarez, Burgos y Cabrerizo, 2009; Banco Atlas, 2009).

El emplear estrategias que permitan ser más eficientes en la gestión de la nutrición clínica, en este caso, mercadeo aplicado a esta, permite generar conocimiento sobre un área muy poco explorada para esta disciplina (Cuesta, 2006; Editorial, 2016).

Los hospitales regionales representan para el sistema de salud de los departamentos, el canal más eficaz para lograr ofrecer a la comunidad la atención y el seguimiento a sus problemas de salud desde el punto de vista preventivo y correctivo. Adicionalmente, vale la pena mencionar que existen algunos elementos que también justifican el presente estudio.

En efecto, Tobar (2000) menciona en su artículo ¿Hacia dónde va el Hospital? los principales desafíos que enfrentará la gestión hospitalaria en América Latina en los próximos años, y

clasifica las decisiones que un Gerente en su gestión hospitalaria debe afrontar, clasificándolas en tres (3) componentes:

- Componente político (modelo de gestión)
- Componente económico (modelo de financiación)
- Componente médico (modelo asistencial o de atención)

Como los modelos han tenido sus limitaciones, Tobar (2000) postula cinco dilemas que deberán enfrentar los gestores hospitalarios. Ellos son:

- Buscar crecer en escala o en resolutiveidad,
- Orientarse hacia beneficiarios que mantienen fidelidad al servicio y profesional que les brinda respuesta médica o hacia consumidores que asumen decisiones crecientes respecto a sus cuidados médicos,
- Buscar la integración vertical hacia arriba o hacia abajo,
- Inclinar su estructura a una burocracia profesional o incorporar la forma divisionaria configurando cada servicio como una gerencia de negocios y
- Privilegiar un modelo en el cual las decisiones son muy orientadas por la misión, o responder más a las demandas internas de los médicos que conforman el staff del hospital.

En ese orden de ideas y en un planteamiento muy interesante, al autor afirma que el éxito en la gestión hospitalaria podría estar fincado en elementos diferenciadores que le otorguen cierta “personalidad distinta” a la institución y que la hagan resaltar como una “oferta superior” a las demás que se encuentran en el mercado, abordando aspectos estratégicos de mercadeo que

precisamente harán parte de las bases utilizadas por los autores del presente trabajo en la formulación del Modelo de Mercadeo para la Nutrición Clínica.

Inicialmente, los autores coinciden con Tobar (2000) cuando este afirma que

“es muy probable que los hospitales deban hacer cosas diferentes a las que hacen ahora. Básicamente por tres motivos. En primer lugar, por los cambios en la demanda. Segundo, porque evolucionan tanto los perfiles de morbilidad como las pautas de consumo y utilización de servicios. Y en tercer lugar, la oferta también cambia movida por dos grandes motores: la innovación tecnológica y la competencia” (p.3)

Efectivamente, el mercado de la salud ha evolucionado a la par que el usuario y por defecto la demanda. Las tendencias en cuanto a la gerencia hospitalaria confirman la existencia de una serie de aspectos diferenciadores que apoyan la propuesta de contar con un modelo de mercadeo que le de efectividad a la prestación del servicio de nutrición clínica a las instituciones de la salud en Colombia.

La tabla 1 muestra las tendencias en gestión hospitalaria clasificadas de acuerdo a los modelos propuestos por Tobar (2000). En esta tabla, las principales áreas que apoyan la formulación de un Modelo de Mercadeo para el área de Nutrición Clínica son:

Tabla 1. Tendencias en la gestión hospitalaria según modelos de decisión

Modelo de gestión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uniformidad organizativa</li> <li>• Homogeneización de los perfiles epidemiológicos.</li> <li>• Equiparación de las expectativas.</li> <li>• Tercerización de los servicios intermedios</li> <li>• Gestión empresarial</li> </ul>
Modelo de financiación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiación de la demanda</li> <li>• Diversificación de fuentes</li> </ul>
Modelo de atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hegemonía del modelo científico</li> <li>• Cambios en el perfil de la demanda</li> <li>• Especialización y diversificación</li> <li>• Racionalizar las actividades especializadas</li> </ul>

Fuente: Revista Médicos. Tomado de:

[http://www.revistamedicos.com.ar/opinion/hacia\\_donde\\_va\\_el\\_hospital.pdf](http://www.revistamedicos.com.ar/opinion/hacia_donde_va_el_hospital.pdf)

La Uniformidad Organizativa, la equiparación de las expectativas, la tercerización de los servicios intermedios y la Gestión Empresarial como componentes del **modelo de Gestión** y los cambios en el perfil de la demanda y racionalización de las actividades especializadas como componentes del **modelo de Atención**.

Tabla 2. Tendencias que justifican el diseño de un modelo de mercadeo aplicado a la nutrición Hospitalaria

Modelo	Tendencia / componente	Justificación / aporte
De Gestión	la Uniformidad Organizativa, ( hay que diferenciarse)	<p>A pesar de las diferentes configuraciones locales, el hospital como institución <b>tiende a seguir una trayectoria secular y universal. El resultado es que los hospitales cada vez se parecen más en todo el mundo</b> (Pina Ribeiro, 1993, p. 31). Esto es consecuencia de la aproximación sucesiva de: a) los perfiles epidemiológicos, b) la globalización cultural y la difusión de las tecnologías médicas y administrativas pero, además las reformas de salud son iguales aun cuando los sistemas y servicios sean diferentes.</p> <p>Los organismos multilaterales de crédito replican sus políticas <b>y esto también hace que los servicios tiendan a converger hacia modelos cada vez más parecidos.</b></p>
De Gestión	la equiparación de las expectativas (Un valor agregado hace la diferencia..., la cadena de valor)	<p>Además de las condiciones de salud de la población <b>también tienden a homogeneizarse las expectativas que las personas tienen en relación a qué tipos de servicios deben recibir y de qué forma.</b></p> <p>La extensión de los medios masivos de comunicación junto a la rápida divulgación que estos hacen de los descubrimientos e innovaciones médicas contribuye en gran medida a esta globalización de las expectativas.</p> <p>Grote y colaboradores (2006) destacan que la tendencia más relevante para los hospitales del siglo XXI es que <b>los usuarios cada vez reclamarán más valor de las prestaciones que reciban</b></p>
De Gestión	la tercerización de los servicios intermedios (Si. Pero haga seguimiento, supervise y controle)	<p>Este proceso ha comenzado en servicios como lavandería, <b>alimentación</b> y seguridad. Pero, ahora se registra una tendencia a que procedimientos corrientes de</p>

	<p>diagnóstico tales se realicen fuera del hospital, a menor costo, más rápidamente, sin tiempo de espera. <b>Estos cambios requieren ser acompañados por una evaluación constante y una optimización de la calidad de la atención.</b></p>
<p>De Gestión      la Gestión Empresarial (Dirección. Resultados? asuma una posición más activa)</p>	<p>Hay diversos motivos por los cuales los hospitales necesitarán orientarse hacia la gestión empresarial. Por un lado, tenderán a trabajar con más de un financiador. Por otro lado, se incrementan las presiones para obtener <b>mayores niveles de productividad y eficiencia.</b> Además los modelos de contratación y pago por los servicios serán muy diversos y su <b>evaluación exigirá a la dirección disponer de informaciones adecuadas tales como el costo de producción de cada servicio.</b></p>
<p>De Atención      Cambios en el perfil de la demanda ( la institución cambia a la par que lo hace su usuario)</p>	<p>Por causa de transformaciones demográficas y de las mismas conquistas sanitarias, los hospitales deberán brindar un menú de servicios diferente del tradicional.</p> <p>Entre los factores demográficos se puede citar la progresiva disminución del índice de natalidad, el envejecimiento de la población así como las migraciones internas y externas.</p> <p>Con relación a la morbilidad se está registrado cambios importantes, por un lado, puede esperarse que, al menos en los países desarrollados, la incidencia de los accidentes y de enfermedades cardiovasculares se estanque o retraiga. Por otro, en casi todos los países tiende a registrarse una aparición cada vez más tardía de las enfermedades de la vejez. Sin embargo, no ocurre lo mismos con la reducción del cáncer (Jolly &amp; Gerbaud, 1995). Además, es muy probable que aumenten las enfermedades virales junto a sus consecuencias a mediano y largo plazo. Por otro lado, la demanda comenzará a responder a nuevas necesidades como la procreación</p>

De Atención	Racionalización de las actividades especializadas ( A cuidar y consentir a los usuarios...excelencia en el servicio)	<p>artificial y trasplantes de órganos.</p> <p><b>La hospitalización tradicional está cambiando</b> debido a la expansión de: a) la prevención genuina, b) la creciente efectividad de los medicamentos y c) alternativas de atención menos costosas como la cirugía ambulatoria y la internación domiciliaria.</p> <p>Es probable que en el futuro una especialidad sea definida como una serie cohesiva de habilidades, recursos humanos y tecnológicos que, de ser necesario, <b>puede recurrir a centros con camas y comidas cercanos</b> -en términos de acceso y tiempo- a los centros técnicos, y lo suficientemente flexible como para permitir frecuentes reagrupaciones (Jolly &amp; Gerbaud, 1995).</p>
-------------	---	--

---

Fuente: Jolly & Gerbaud. "Tomorrow hospital". shs working paper nº 5. World Health Organization. 1995.

## **4. Objetivos**

### **4.1 Objetivo General**

Diseñar y plantear la implementación de un Modelo de Mercadeo aplicable al área de Nutrición Clínica de instituciones de la salud en Colombia.

### **4.2 Objetivos Específicos**

- Evaluar el estado del mercadeo en 5 hospitales de Colombia.
- Indicar la relación que tiene la gestión de la nutrición intrahospitalaria con la estrategia de mercadeo de la institución.
- Proponer como puede generarse valor desde el servicio de nutrición intrahospitalario.
- Sentar las bases para generar al interior de las instituciones prestadoras de servicios de la salud, una verdadera cultura de excelencia en el trato y servicio al cliente

## 5. Marco Conceptual

Una parte importante de la propuesta conceptual en la que se fundamenta el presente proyecto de trabajo de grado tiene que ver directamente con la capacidad de administrar de forma correcta una serie de recursos al interior de una unidad funcional, sin olvidar sus interacciones naturales y los impactos que estas interacciones puedan traer, no solo en la estructura financiera de la empresa, sino en el servicio mismo que se presta a los usuarios de la institución.

En este sentido, la articulación y el engranaje entre los diferentes actores que hacen parte del funcionamiento de la institución generan efectos positivos o negativos que se reflejan de forma directa en la calidad del servicio que percibe el usuario, dada la íntima interconexión que existe entre los procesos y el servicio.

Temas como la lentitud en los procesos de suministro de drogas desde farmacia hacia internación, la lentitud en el suministro de alimentos hacia las unidades de soporte en “cocinas”, las demoras en los procesos de cancelación o pago de facturas a proveedores de ambos conceptos, el adecuado nivel de mantenimiento a la infraestructura física, la deficiente calidad en la atención al cliente (evidenciada desde la misma recepción de llamadas de información sobre el servicio, pasando por la asignación oportuna de citas médicas, calidez en el trato de personal administrativo y médico, asesoría psicológica y hasta la disposición adecuada de salas de espera y parqueaderos para los visitantes), y otras variables más, “califican” o “descalifican” la calidad del servicio que la institución ha ofrecido al usuario.

De hecho, las fuerzas que interactúan en esta administración de recursos se consolidan en un solo concepto con el que se abrirá el presente marco conceptual, como lo es el término “Gestión” y que dependiendo de su grado de eficiencia, se reflejará de la misma forma en la calidad del servicio al usuario.

Comúnmente usado en el vocabulario de la Administración, se menciona la definición aportada por Banco Atlas (2009), no sin antes especificar que de forma necesaria y para el ámbito de la presente investigación, se delimitará el alcance a la parte administrativa de la organización, sin tener en cuenta de forma profunda, la “gestión de recursos” tanto financieros, tecnológicos, humanos, de infraestructura y económicos, dado que todos ellos también interactúan muchas veces de forma simultánea en la “experiencia” del servicio “percibido” por parte del usuario, pero que serían objeto de otra investigación de corte más técnico que de mercadeo.

De acuerdo a lo anterior, y una vez habiendo delimitado su alcance, se define el término “Administración” desde una perspectiva moderna que integra de forma eficiente las personas, la organización y el aprovechamiento de los recursos tangibles e intangibles de ésta orientados a la satisfacción del mercado: “Forma particular de coordinar las actividades que realizan las personas dentro de un clima organizacional específico, que debe facilitar las acciones de los individuos y la organización en el cumplimiento de su objetivo de responder a las necesidades de la sociedad manifiestas en las demandas de los mercados, haciendo uso de los recursos tangibles e intangibles” (Torres Valdivieso & Mejía Villa, Julio - Diciembre, 2006)

Aspectos tales como el elemento humano, los recursos financieros propios o externos, la tecnología y el factor “tiempo” hacen parte de los recursos “administrables” por parte de la

alta gerencia y que son susceptibles de ser asignados a las diversas funciones de las organizaciones, de tal forma que en conjunto ayudarán a que la operación de la organización sea más eficiente y consecuentemente (aunque no siempre sucede así...) la calidad en la atención al usuario lo sea también.

De todas maneras, la sana gestión de los recursos implica garantizar la oportunidad y la eficiente asignación de los mismos usualmente a través de 4 funciones específicas que están presentes en la administración de la organización: la planeación, la organización, la dirección y el control. En los últimos años, algunos autores añadieron una función más, que vale la pena tener en cuenta, como lo es la integración del personal (Banco Atlas, 2009; Álvarez, Monereo, Ortíz y Salido, 2004).

Otros autores como Arcia (2014), basados en la teoría administrativa de Fayol definen la “Gestión Administrativa” como uno de los componentes de la “Función Administrativa”, a su vez, uno de los seis grupos en que una empresa se encuentra dividida. Los otros cinco grupos vendrían siendo: funciones técnicas, funciones comerciales, financieras, de seguridad y contables. De todas formas queda claro para efectos del presente trabajo la intencionalidad de la gestión administrativa al manejar de forma eficiente unos recursos en orden de la obtención de unos objetivos institucionales.

Igualmente resulta prudente involucrar el término “Modelo” y relacionarlo a la disciplina de las Ciencias Económicas y Administrativas que fundamentan esta investigación: el “Mercadeo”, por lo que en adelante se mencionará conjuntamente como “Modelo de Mercadeo”.

Teniendo en cuenta la orientación del presente trabajo de investigación se han tenido en cuenta algunos modelos de mercadeo que aportan conceptos y principios válidos en la construcción de una base teórica adecuada a los fines del mismo:

- El “Modelo con orientación hacia el Cliente” de Philip Kotler,
- El “Liderazgo en Costos” de Michael Porter,
- El Modelo de “Crecimiento por Penetración de Mercados” presentado por Igor Ansoff,
- El “Mercadeo Interno”, también expuesto por Philip Kotler,
- La “Estrategia de Marca” y “Brand Equity” trabajada desde David Aaker,
- La Tecnología en las prácticas de mercadotecnia, mencionado por Coviello, Milley y

Marcolin y,

- El “Mercadeo Relacional” expuesto por Grönroos, 1994; Gummesson, 1987; Palmatier,

2008

Cada uno de estos modelos de Mercadeo aporta de manera sustancial al logro de los 4 objetivos empresariales: Crecimiento, Supervivencia, de rentabilidad o utilidades y objetivos sociales o de impacto y serán abordados de forma más profunda en el desarrollo mismo del trabajo (Fleishman, 2012).

Así mismo, es apropiado también abordar el concepto de “Servicio”, dado que define gran parte del objeto social de la institución hospitalaria, y porque finalmente el “Modelo de Mercadeo” a proponer será la resultante de una valoración del estado del servicio ofrecido por esta.

Es así, como desde el Mercadeo “Servicio” puede tener en cuenta varias definiciones:

Desde Stanton & Etzel (2004) se puede definir el “Servicio” como “actividades identificables e intangibles que son el objeto principal de una transacción ideada para brindar a los clientes satisfacción de deseos o necesidades" (p.301).

Para Sandhusen (2002) "los servicios son actividades, beneficios o satisfacciones que se ofrecen en renta o a la venta, y que son esencialmente intangibles y no dan como resultado la propiedad de algo" (p.385).

Por último, se trae a colación la definición de la Asociación Americana de Mercadeo (AMA por sus siglas en Inglés) que afirma que “Servicio” son “actividades identificables, intangibles y perecederas que son el resultado de esfuerzos humanos o mecánicos que producen un hecho, un desempeño o un esfuerzo que implican generalmente la participación del cliente y que no es posible poseer físicamente, ni transportarlos o almacenarlos, pero que pueden ser ofrecidos en renta o a la venta; por tanto, pueden ser el objeto principal de una transacción ideada para satisfacer las necesidades o deseos de los clientes" (American Mercadeo Association - AMA - 2017, 2017).

Finalmente, y de manera congruente al tema central de la investigación, se menciona el concepto de “Nutrición Clínica” definiéndolo desde Alvarez y Burgos (2009), como: al servicio del suministro de alimentación o nutrientes vía oral (dietas), enteral (sondas de alimentación) o parenteral (catéter venoso), a todos los pacientes que se encuentren internados en un hospital. Dicho suministro se rige por los requisitos de habilitación y acreditación del sector salud y su ejecución adecuada tiene un gran impacto en la morbilidad de los pacientes y es costo efectivo para el sector salud.

Según Folgueras (2015), los principales objetivos de la Nutrición Hospitalaria son: garantizar el nivel necesario de nutrición que requiere el paciente intrahospitalario de acuerdo a su nivel de gravedad, propender por la existencia permanente de inventarios de alimentos y racionalizar el uso de los recursos disponibles para ello (Gutierrez & Mauriz, 2015), bajo un marco de articulación entre los procesos que intervienen en el servicio, como ya se ha mencionado anteriormente.

## 6. Marco Teórico

El sistema de salud en Colombia, representa para el presente trabajo, el entorno de investigación y el escenario en el que se desarrolla la propuesta de modelo de Mercadeo aplicado al área de nutrición clínica de las instituciones de salud del país, por lo tanto merece un breve comentario sobre sus características y situación actual en orden de ubicarlo espacialmente.

El sistema de salud colombiano forma parte del sistema social de Colombia regulado integralmente por el gobierno nacional a través de su Ministerio de la Salud y Protección Social y Ministerio de Trabajo, y reglamentado a partir del 23 de diciembre de 1993 por la Ley 100 o Sistema de Seguridad Social Integral (Congreso de la República de Colombia, 2018).

Una breve descripción de su evolución histórica se puede evidenciar en la siguiente tabla.

Tabla 3. Evolución de la Reglamentación del Sistema de Salud en Colombia

<b>Etapa</b>	<b>Año</b>	<b>Características</b>
<b>Inicial</b>	Constitución de 1886 hasta mediados de la década de 1950.	Etapa del “Modelo Higienista”. Las acciones de salud pública atendían solo aspectos de carácter sanitario. La atención preventiva y curativa era financiada por los mismos usuarios y por algunas instituciones de caridad. En 1950 nacen la Caja Nacional de Previsión ( para empleados públicos) y el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (para empleados de empresa privada)
<b>Segunda Etapa</b>	Inicio de la década de 1.970	Se desarrolla bajo la creación del Sistema Nacional de Salud, con el esquema de “subsidios a la oferta”. Aquí, los recursos

	hasta 1.989	para Salud, eran transferidos por el gobierno a la red hospitalaria pública del país.
<b>Tercera Etapa</b>	Se inicia en 1.990 con la ley 10 hasta 1.993 con la Ley 100, bajo la Constitución Política de 1.991 – Actual con posteriores reformas	Contempla su estructura actual, la Comisión de Regulación en Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, las entidades aseguradoras (EPS y ARL), las prestadoras de servicios, el ADRES y el FOSYGA como financiadores del sistema y los planes de atención básica y obligatorio de salud, régimen contributivo y subsidiado entre sus características relevantes.

Fuente: Castaño, 2013.

Sin embargo, el sistema de salud en Colombia ha presentado diversos problemas de gestión y resultados que lo han mantenido en el ojo del huracán durante los últimos años.

En efecto, a pesar de que los subsidios del gobierno con destino a la salud sean el subsidio público más eficiente del país con un importante efecto redistributivo, el sistema enfrenta grandes desafíos para poder lograr una cobertura universal financieramente sostenible.

Componentes como “la intermediación y gestión por parte de las EPS es motivo de críticas y denuncias permanentes, que las califican de costosas, ineficientes y de constituir en barrera de acceso entre el usuario y los médicos o los hospitales” (Ronderos, 2017).

Así mismo, en 2011 “el gobierno denuncia fraudes en el Sistema relacionados con pagos por prestaciones de servicios no cubiertos en el POS y ordenados por fallos judiciales para ser financiados por el Fosyga y la existencia de una red de corrupción alrededor de los recobros de las EPS al Fosyga” (Revista Semana, 2011).

En general, insuficiencias e ineficiencias en la red de operaciones y servicio, entre las que se incluyen casos de corrupción y el rechazo de algunos pacientes por no cumplir requisitos financieros o administrativos básicos, debilitan poderosamente la imagen y la eficiencia del sistema.

Casos recientes como los escándalos de corrupción de la EPS SaludCoop ponen de manifiesto que han existido hasta confabulaciones de las EPS agrupadas en ACEMI para negar sistemáticamente servicios contenidos en el POS, denuncia hecha en el Senado de la República producto de las investigaciones en las actas y correos electrónicos entre los directivos de las EPS. En la Fiscalía están en curso numerosos procesos por delitos contra la salud pública, peculado por apropiación, enriquecimiento ilícito y celebración indebida de contratos en el sistema de salud.

En la procuraduría se adelanta varias investigaciones a EPS debidas a incumplimiento relativo a fallos de tutela, en pagos a IPS y en conciliaciones de mesas de trabajo, además de investigaciones por omisiones en tratamientos, facturas ilícitas remitidas al fosyga, omisiones en ejecución de acciones de salud pública, falta de contratación con la red pública hospitalaria, multiafiliación deliberada y retiros unilaterales de usuarios de las EPS.

Es imperativo que los excedentes del manejo de los recursos de la salud se apliquen a necesidades del sistema y no se queden como ganancias de las EPS, que existan tarifas justas del plan de beneficios para no cargar en los hospitales y clínicas, quienes real y efectivamente hacen la atención en salud, los efectos de las reglas de competencia impuestas por las EPS.

Se hace necesaria una reforma integral al sistema, en lógica a los derechos fundamentales y no a la eficiencia económica, puesto que en la actualidad no existen políticas públicas en salud que materialicen el goce efectivo de ésta.

Precisamente y en relación a la crisis del Sector de la Salud, Londoño & Frenk (1996) proponen en su documento de trabajo 353 desarrollar opciones para reestructurar los sistemas de salud utilizando un enfoque sistemático y sistémico y enfatizando en las relaciones entre sus principales componentes: el financiamiento, (recolección de dinero para la prestación de servicios), la prestación, (combinación de insumos en un proceso de producción que genera un producto que conlleva un resultado), la modulación (implica establecer e implantar reglas de juego para el sector salud así como darle un direccionamiento estratégico) y la articulación (función que reúne y da coherencia a los componentes de la atención en salud), y que comprende actividades que permiten el flujo de recursos financieros hacia la producción y el consumo de la atención en salud.

Para implementar el pluralismo estructurado, los autores contemplan 2 dimensiones: en primer lugar una dimensión técnica conformada por herramientas de Gerencia y análisis en temas de promoción, diagnóstico, opciones e implementación de soluciones, y en segundo término, una dimensión política que involucra estrategias que privilegien el consenso entre gobierno e instituciones.

Igualmente, los autores coinciden en afirmar que las transformaciones políticas vividas en Colombia a partir de la Constitución de 1992, donde Colombia pasa de ser un Estado de Derecho a un Estado Social de Derecho, ha traído un nivel de protección al ciudadano jamás vista, y que la Ley 100 de 1993 también revolucionó el Sistema de Salud empezando porque cambió su órgano rector del Ministerio de Salud al Ministerio de Protección Social según la ley 789 de 2002.

Los resultados obtenidos fueron halagüeños; una mayor eficiencia en la prestación del servicio y la ampliación de la cobertura, sin embargo, los niveles no son óptimos: temas de

cobertura universal, equidad en el servicio y recursos financieros son en la actualidad álgidos y de difícil manejo.

Para los autores del Pluralismo Estructurado, el adecuado diseño de sistemas de financiamiento, con subsidios orientados a la demanda, y pagos a proveedores y prestadores por capitación, representan los factores necesarios para alcanzar la protección universal del SGSSS.

De acuerdo a Londoño y Frenk (1996), el modelo actual permite escoger la EPS, el problema es de acceso y negación del servicio médico. Otro problema es el grado de cobertura del financiamiento que no ha llegado a ser universal puesto que todas las personas no se han logrado afiliarse al contributivo y porque los trabajadores independientes no declaran sus ingresos reales.

Así mismo, el diseño financiero propuesto por los autores tampoco se ha logrado por la ineficiencia de la capacidad territorial para manejar la salud pública, y el rezago en temas como la mortalidad evitable, mortalidad materna y enfermedades transmitidas por vectores y en aspectos como la protección, la información al usuario no fluye, por eso el sistema se considera ineficiente.

Finalmente, con relación a la implementación del Pluralismo Estructural, ninguna de las 2 dimensiones, técnica y política, han facilitado su parte: la técnica se limita a hacer estudios técnicos aislados sin medir el panorama de la salud, y en la dimensión política las reformas no han sido introducidas de manera gradual sino que han obedecido a cambios decretados en el momento.

Con todo esto, el panorama de las políticas de la salud en Colombia es sombrío, con una desarticulación de los actores del Sistema de la Salud en todos los niveles definidos por Londoño y Frenk (1996) financiamiento, prestación, modulación y articulación. Sus conclusiones son:

- sigue siendo necesario implementar modelos o sistemas de salud que se adapten a las necesidades propias de cada país,
- en Colombia, se han realizado algunas de las propuestas del Pluralismo Estructurado, pero no han obedecido a un planteamiento real de necesidades y establecimiento de prioridades,
- las modificaciones hechas hasta ahora al Sistema de Salud no han favorecido la equidad, calidad y eficiencia del sistema,
- la legislación colombiana no encuentra concordancia con la realidad del Sistema de Salud, pues se siguen resolviendo problemas propios de países en vías de desarrollo al tiempo que se incursiona en inconvenientes encontrados por los sistemas de salud de países desarrollados.

Una vez contextualizado el entorno en que se desarrolla el presente trabajo, se abordará a continuación el tema central del mismo.

Precisamente, la desnutrición y alimentación intrahospitalaria son temas que se vienen manejando desde hace más de dos décadas y han representado una constante preocupación para la alta gerencia de las instituciones prestadoras de servicios de la salud.

Efectivamente, la alimentación y la desnutrición intra hospitalaria representan factores que inciden de manera dramática en los niveles de morbilidad de las instituciones de la salud y se constituyen en objetivo de primer orden de la alta dirección hospitalaria, pues su temprana detección ayuda a disminuir su influencia en la evolución clínica de los enfermos y en la generación de complicaciones adicionales, mayor tiempo de estancia hospitalaria e incremento en la mortalidad, y eso está asociado a costos aumentados para la institución y la sociedad (Waitzberg, 2011).

El Marco Legal Colombiano, a través del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, favorece el proceso de nutrición intrahospitalaria al normatizar las buenas prácticas en nutrición, con el fin de garantizar la prestación de servicios de salud integrales y con calidad (Pinzón & Gómez, 2015).

Efectivamente, en ese sentido, el objeto de la presente propuesta de investigación como lo es la nutrición intrahospitalaria, presenta una robusta plataforma legal que determina procedimientos, inhabilidades, requisitos, y en general todo lo relacionado a su funcionamiento y aplicación en Colombia.

De lo general a lo específico, se encuentra la Joint Commission International (JCI) que consiste en una organización creada para garantizar la seguridad y la calidad de la atención de la salud en la comunidad internacional.

Esta organización hace un riguroso acompañamiento a todos los establecimientos de la salud, desde hospitales, clínicas, centros médicos académicos, agencias de salud, ministerios gubernamentales, instituciones educativas y defensorías internacionales buscando con ello propender por la implementación integral de rigurosos estándares de atención y además por proporcionar soluciones para lograr el máximo rendimiento<sup>1</sup>

Cabe mencionar que a nivel de Colombia, también existen un conjunto de normas agrupadas en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), creadas para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país, manteniendo una clara orientación hacia la protección del usuario.<sup>2</sup> Este Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad- SOGC, comprende

---

<sup>1</sup> Mejía Suárez GM. Implementación de la documentación del sistema único de habilitación (SUH) y sistema de información para la calidad, documentación de la Norma ISO 9001: 2008 en la unidad de negocio de” Salud Coomultrasan”. 2013.

<sup>2</sup> Decreto 1102 de 20064.

el Sistema Único de Habilitación (SUH), la Auditoría para el mejoramiento de la Calidad, y el Sistema Único de Acreditación focalizados todos hacia la gestión de la atención nutricional institucional.

Precisamente se resalta desde el Sistema Único de Habilitación (SUH), las normas orientadas a la gestión de la atención nutricional institucional las cuales involucran las buenas prácticas en la nutrición que reglamentan los requisitos que el personal encargado de suministrar y administrar la nutrición deben cumplir para garantizar su idoneidad y competencia, y en consecuencia, una atención nutricional intrahospitalaria óptima.

Así mismo, el SUH normatiza los procesos prioritarios relacionados con la nutrición intrahospitalaria, tales como la nutrición enteral y parenteral, la minuta patrón elaborada por nutricionista, la vigilancia de indicadores de nutrición intrahospitalaria de neonatos, la valoración inicial de todos los pacientes por parte de nutrición y dietética en Unidad de quemados adultos y pediátricos, el cálculo de requerimientos nutricionales obligatoriamente en atención domiciliaria y las guías para la preparación de fórmulas artificiales.

De la misma manera, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad- SOGC, también contempla el Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad (PAMEC) aplicado específicamente a la gestión de la atención nutricional institucional, así como también el Sistema Único de Acreditación (SUA) que permite a las entidades de la salud comprobar el cumplimiento gradual de los niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios para la atención en salud.

Así mismo y de otro lado, se hace necesario complementar que en materia de gestión de nutrición intrahospitalaria, el documento provee información sobre actos administrativos en la

gestión nutricional institucional e indicadores de gestión de la calidad en la nutrición y uso apropiado de la suplementación nutricional oral. (Pinzón & Gómez, 2015).

Como se muestra hasta el momento, la reglamentación que soporta la política de manejo del tema de la alimentación intrahospitalaria ha sido adecuadamente concebida y trató de ser implementada a través de la Reforma de Salud, adoptada en Colombia en 1993, reforma que en su momento fue promovida por diferentes agencias como el modelo a seguir en materia de política sanitaria.

Sin embargo no todo se debe quedar en una reglamentación legal hábilmente elaborada, el servicio de la salud y la manera como se entrega al usuario final y a sus familias es realmente un elemento focal que ocupa el presente trabajo.

Efectivamente, el Mercadeo de los servicios de la salud, presenta persé una serie de características que lo hacen diferente a los demás servicios que existen y que tienen en común elementos como la intangibilidad, la incapacidad de ser almacenados, la imposibilidad de separar la producción del servicio y su entrega y el hecho de depender de la persona que lo está ofreciendo. Se trata indudablemente de un servicio que se construye sobre las necesidades y requerimientos de un paciente bajo unas condiciones específicas que solo a él le corresponden, lo que hace de este servicio, un servicio individualizado dada la naturaleza del mismo. De otro lado, también se trata de un servicio (quizá el que más...) supremamente personalizado en el sentido del alto componente de humanización que debe tener y que en muchos de los casos adolece. Lo anterior, conlleva inexorablemente a enfocar el servicio de salud intra hospitalaria como un servicio con una clara orientación hacia el mercado y hacia el cliente, premisa sobre la cual se trabajará en adelante y sobre la cual se elaborará la propuesta de modelo de Mercadeo para el servicio de nutrición intra hospitalaria.

De hecho y reforzando lo anterior, el mercado de los servicios de la salud posee un claro comportamiento de consumo y de uso que tipifica de una manera distinta el cuadro de motivaciones para el usuario final en relación a las motivaciones que se manejan en otros servicios, ya que las motivaciones y las decisiones de uso y consumo en el área de la salud resultan primero que todo altamente emocionales, pero indudablemente enmarcadas en un nuevo tipo de consumidor, ahora más crítico, con una mayor capacidad de decisión y un mayor nivel de información a la mano gracias a los contenidos digitales.

Precisamente, (Costa, 2015) expresa el cuadro de factores motivacionales que orientan e influyen en el comportamiento y roles dentro del proceso de compra.

Factor motivacional	Naturaleza
Aumento de capacidad para decidir, mayor autonomía y capacidad de decisión durante el proceso de compra.	Nuevo perfil del consumidor ( mas exigente, mayor autoconfianza y disfunción relación paciente – profesional)
	Situacional: sector público: generará debate alrededor de los criterios de elección, la capacidad

<p>El efecto que tiene según el ámbito donde se produce el servicio sanitario.</p>	<p>de opinar y de abandonar el servicio que tiene a su alcance (Clarke y Vidler, 2005)</p> <p>Sector Privado: se consolida el criterio ya comprendido y asumido de escoger, bajo el criterio del cliente, el servicio profesional idóneo a sus necesidades (Gallucci y Tejerina, 2003).</p>
<p>El efecto que la capacidad de libre elección del cliente tendrá a partir de ahora en la estrategia de la empresa de servicios de salud.</p>	<p>Coddington et al. (2001) se refieren a la trinidad del consumismo; si el cliente valora el <b>servicio, la facilidad de acceso y la conveniencia en la compra</b>, el ofertante deberá considerar estos como base de su actividad. Originará por un lado una presión económica desde el cliente que llevará a las empresas a buscar sistemas de gestión de la salud más eficaces</p>

Fuente: elaboración propia, adaptado de Costa G. (2015). Positioning Health Services in Consumer's Mind. Revista Portuguesa de Mercadeo, 33-42

Precisamente, por estas razones, resulta de relevancia comprender y diseñar estrategias desde el Mercadeo que permitan potenciar hacia la satisfacción plena del usuario temas como la propuesta metodológica elaborada por Pardo & González (2015), la cual nace como una respuesta a la necesidad de contar con modelos en atención nutricional que respondan a la problemática de la malnutrición en los hospitales, pero que también se adapten a los nuevos

escenarios. “El Mercadeo es estratégico cuando se utilizan estrategias bien diseñadas e integradas de Mercadeo para tener éxito, con un conocimiento profundo de las necesidades y deseos de los clientes potenciales” (Costa, 2015)

El modelo Méderi de gestión nutricional hospitalaria es concebido con el fin de elevar la calidad de la atención en salud y promover buenas prácticas en nutrición clínica y basa su éxito en la consolidación de una estructura administrativa y asistencial que a su vez promueva el desarrollo del talento humano, la docencia y la investigación en nutrición (Conde, 2013).

Precisamente esa estructura administrativa se centra en el uso de un adecuado modelo de Mercadeo que garantice la articulación de los recursos disponibles con un enfoque comercial y de atención personalizada y un excelente servicio al usuario.

Anteriormente se habían mencionado algunos modelos de Mercadeo sobre los cuales resulta factible elaborar la propuesta resaltando que cada uno de ellos aporta de manera complementaria a los objetivos de la administración de la Nutrición Hospitalaria, por lo que la idea es tomar aspectos de cada uno de ellos y fusionarlos en un solo modelo, pero con un “core” muy definido como lo es “El Usuario” como eje central del Modelo de Mercadeo.

Los modelos mencionados anteriormente son:

- “Modelo del Cliente” de Philip Kotler,
- el “Liderazgo en Costos” de Michael Porter y el
- Modelo de “Crecimiento por Penetración de Mercados” presentado por Igor Ansoff.
- El “Mercadeo Interno”, también expuesto por Phiip Kotler,
- La “Estrategia de Marca” y “Brand Equity” trabajada desde David Aaker,
- La Tecnología en las prácticas de mercadotecnia, mencionado por Coviello, Milley y

Marcolin y

- El “Mercadeo Relacional” expuesto por Grönroos, 1994; Gummesson, 1987; Palmatier, 2008

Inicialmente el “Modelo del Cliente” propuesto por Philip Kotler es un modelo con orientación hacia el usuario y sus familias, lo que supone ofrecer un servicio hospitalario capaz de satisfacer las necesidades del usuario y con una ventaja comparativa sobre la competencia representada en una mejor atención. Para ello es necesario conocer el perfil del usuario y sus necesidades y ofrecer así un servicio superior a otras instituciones de la salud o simplemente más humano (Arcia, 2014).

Este modelo sugiere a la institución crear valor ofreciendo al usuario aquello por lo que este está dispuesto a pagar. El beneficio no se origina en el volumen de ingresos por servicios, sino en la propuesta de valor. La institución no se centra en reducir los costos, sino en ofrecer exactamente lo que el usuario necesita.

Esto tiene un alto costo ya que requiere innovación, conocimientos y desarrollar exactamente lo que el usuario espera obtener del Hospital, pero una vez realizado, puede ser muy rentable ya que obtiene la fidelización del cliente, que en ámbito hospitalario se aplica más en términos de buzz Mercadeo o Mercadeo voz a voz.

El valor y la rentabilidad en el Mercadeo enfocado al usuario se fundamenta por tanto en:

1. Ofrecer al usuario exactamente lo que necesita y espera,
2. Al precio que está dispuesto a pagar (aunque sea más caro).
3. Ofrecer un valor a lo largo del tiempo superior a otras instituciones.
4. Obtener beneficios por la lealtad y fidelidad del usuario (Redacción, 2013).

En segundo lugar se menciona el modelo de “Liderazgo en Costos” que hace parte de una de las tres estrategias genéricas de Michael Porter.

Este modelo de Mercadeo se caracteriza por requerir por parte del Hospital el contar con una infraestructura fuerte y amplia capaz de producir grandes volúmenes en términos de capacidad de atención, en forma eficiente.

Así mismo exige por parte de la institución un sistema que garantice rígidos controles de costos y gastos indirectos y la minimización de costos en I & D, servicios, fuerza de ventas y publicidad (en caso de que se invierta en estos dos últimos rubros).

Así mismo, exige una fuerte inversión en equipos de tecnología y la asignación de tarifas accequibles y en lo posible subsidiadas para obtener rápidamente una alta participación dentro del mercado.

Una alta participación de mercados, permite “economías de escala que consiguen disminuir más los costos. Los bajos costos, permiten obtener un rendimiento mayor al del sector de la salud. Una posición de bajo costo y alta participación de mercado, proporciona elevadas utilidades para la reinversión y el mantenimiento del liderazgo en costos. Sólo las instituciones con una alta participación de mercado, pueden optar por esta estrategia.” (Fleishman, 2012).

Como tercer modelo de Mercadeo a tener en cuenta, se mencionará el Modelo de “Crecimiento por Penetración de Mercados” presentado por Igor Ansoff.

Un modelo de Mercadeo fundamentado en la penetración en el mercado involucra incrementar la participación de la institución en la prestación de servicios hospitalarios en los mercados en los que opera y con los servicios actuales, es decir, en el desarrollo del negocio básico.

Esta estrategia se puede llevar a cabo provocando que los usuarios actuales utilicen más servicios (por ejemplo, ampliando los horarios de atención), atrayendo a los usuarios de la

competencia (por ejemplo, bajando precios) o atrayendo a usuarios potenciales (por ejemplo, ofreciendo parking gratuito).

Igualmente el incremento en el uso de los servicios hospitalarios se puede lograr mediante el crecimiento interno el cual se desarrollará a través de la apertura de nuevas unidades de servicios y atención al usuario en el mismo mercado en el que opera la institución.

Por su parte, la alternativa de crecimiento externo puede llevarse a cabo a través de las alianzas estratégicas con instituciones auxiliares de la salud, como laboratorios etc. (Cuesta, 2006).

El siguiente modelo que se tendrá en cuenta como referente teórico es el “Mercadeo Interno”, también expuesto por Philip Kotler, quien lo define como “el trabajo que hace la empresa para formar y motivar a sus clientes internos, es decir, a su personal de contacto y al personal que apoya los servicios, para que trabajen como un equipo y proporcionen satisfacción al cliente. Todos deben trabajar con una orientación al cliente, o de otra manera no se desarrollará un alto y consistente nivel de servicios” (Conde, 2013).

En el modelo de Mercadeo Interno se desarrollan actividades similares a las del Mercadeo externo, pero tiene como finalidad lograr la motivación de todos los colaboradores de la organización y conseguir su orientación hacia el mercado y hacia el cliente.

La puesta en escena del Mercadeo Interno conlleva para las coordinaciones de RRHH, el reto de aprender a “comprender”, “analizar” y “segmentar” a los colaboradores de la organización, visualizándolos como un “mercado” al cual se le ofrece un producto muy atractivo (su empresa, su puesto de trabajo, su entorno, sus condiciones contractuales, los productos y/o servicios que comercializan) para que el colaborador sienta la marca y la institución como suyas y se esmere en brindar el mejor servicio en todas las “dimensiones” de la calidad.

De otro lado, y como siguiente modelo de referencia, está la “Estrategia de Marca” y “Brand Equity” trabajada desde David Aaker, como modelo estratégico para crear valor a los servicios hospitalarios a partir de una marca que inspire confianza, respaldo, credibilidad, seguridad, factores que usualmente modelan en el usuario, su comportamiento de uso frente a las opciones que el mercado le ofrece en temas de salud y que debe convertirse en factor determinante, diferencial e inimitable, precisamente para crear y agregar valor al servicio ofrecido (Aaker, 2006).

De acuerdo a Aaker, el posicionamiento de la marca crea vínculos de familiaridad, interés, confianza y aprecio que conducen a desarrollar una estrecha y fuerte relación entre el usuario y la marca que lo llevan a utilizar los servicios de la misma.

En el caso de los servicios de salud, la marca cumple una importante función en la minimización de dos riesgos comúnmente asociados al uso de este tipo de servicios: la preocupación por las consecuencias de la decisión de utilizar el servicio y la incertidumbre acerca de los resultados que tendrá al usarlo.

Es por ello que un modelo de marca tal como lo percibe Aaker y como lo complementa (Lambin, 2009, p.336) se ocupa de generar para el usuario del servicio la percepción de “Un conjunto de atributos tangibles e intangibles que involucra al servicio base, unos servicios periféricos, necesarios y añadidos y un conjunto de asociaciones mentales” que logran reducir la preocupación por las consecuencias del uso del servicio puesto que el nombre de marca le informa, a quien toma la decisión, que puede confiar en que hay un respaldo, un responsable por la reputación de esa marca y el cumplimiento de las promesas que hace, a quien puede consultar sobre dudas respecto a desempeño, eliminando así la incertidumbre.

El “Mercadeo Relacional” expuesto por (Gronroos, 1994 y Palmatier, 2008), también es mencionado como Modelo de Mercadeo aplicable en el presente trabajo.

De acuerdo a este Modelo de Mercadeo, las relaciones actuales entre los usuarios y las organizaciones se han transformado de una simple “transacción e intercambio comercial” a una relación mucho más duradera, ya que las organizaciones se han dado cuenta que “al enfrentarse a mercados cada vez más maduros, es mucho más rentable conservar un cliente que atraer uno nuevo” (Parvatiyar & Sheth, 1995, p.397 - 418).

En los 80’s se inician estudios académicos a cerca del Mercadeo Relacional encabezados por el autor Berry (1983) mencionado por Córdoba (2009), teoría que empezó a considerarse como el nuevo paradigma del Mercadeo en gran parte debido a los aportes realizados por la escuela nórdica en los 90’s, generando grandes debates en la literatura (Gummesson, 1997).

La evolución conceptual presentada en esta teoría en la cual se presenta el traslado del Mercadeo Transaccional a un enfoque relacional representa en sí su máxima importancia, puesto que se muestra la evolución de un enfoque primario donde se manifiesta cómo gestionar el Mercadeo mix y sus 4P’s como la mezcla tradicional del mercadeo orientada y diseñada para llevar productos al mercado de forma rentable, satisfaciendo las necesidades de los clientes hacia un enfoque relacional en el que se busca un involucramiento más profundo con los clientes en el largo plazo (Grönroos, 1994; Gummesson, 1987; Palmatier, 2008).

En efecto, el Mercadeo de Relaciones o Mercadeo Relacional como teoría, fija su interés en crear, desarrollar y mantener relaciones con los usuarios del servicio y otros actores de intercambio como los proveedores del servicio, las otras instituciones del sector y el Gobierno

(relaciones laterales); con las otras Unidades funcionales de la institución, empleados y departamentos (relaciones internas) y con distribuidores los mismos usuarios del servicio hospitalario (relaciones con los clientes) de tal manera que todos obtengan beneficios.

Como lo afirma Córdoba (2009) “El fin último de este enfoque de Mercadeo no es otro que la fidelización de los clientes. Para ello, las relaciones que se mantienen deben caracterizarse por la existencia de confianza y compromiso, de una situación de equidad, una orientación de largo plazo y acciones de Mercadeo interno.” (p.1 -12), factores estos que resultan de vital importancia para construir relaciones de largo plazo en el campo de la salud.

La propuesta por parte de los autores de la investigación una vez mencionados de forma general los Modelos de Mercadeo anteriores, es fusionarlos en uno solo, dada la conveniencia de cada uno de ellos en beneficio no solo de la institución, sino de los mismos usuarios.

La estrategia de penetración del mercado se puede combinar simultáneamente con otras estrategias de crecimiento más agresivas y, por tanto, más arriesgadas, como puede ser precisamente el “Liderazgo en Costos” y el “Modelo del Cliente”.

Para la presente investigación las variables o constructos considerados por el “Modelo Único de Mercadeo” propuesto por los autores son:

- Ofrecer al usuario lo que éste espera,
- Excelente servicio al usuario,
- Control de costos y gastos,
- Servicios conexos y complementarios,
- Fidelización de usuarios.

La gestión de la nutrición clínica a nivel hospitalario conlleva desafíos que ameritan una adecuada interconexión de los diferentes actores que intervienen en la misma. (Cuesta, 2006). Lo cual debe incluir modelos de gestión que posibiliten ese logro (D. L. Waitzberg, 2011).

La aplicación de Mercadeo en hospitales públicos ha sido desarrollada con enfoque hacia el cliente externo y de manera tradicional y no como estrategia de gestión en el desarrollo de servicios como lo es la nutrición clínica (Editorial, 2016).

De otro lado y para complementar lo expuesto hasta el momento, se considera prudente hablar sobre el Mercadeo en los servicios de salud, mencionando de manera general su evolución y la herramienta que representa el Mercadeo mix en la construcción del modelo de Mercadeo para el área de salud clínica.

Efectivamente, de tener una posición pasiva, el sector salud, también le juega en la actualidad al uso de estrategias de mercadeo para dinamizar el mercado, asumiendo en la actualidad una posición activa, en la cual, como cualquier otra empresa, ofrece sus servicios, posiciona su marca, lucha por la consecución de usuarios y busca la rentabilidad en sus operaciones.

Pocos ofertantes y publicidad discreta, características del mercado de la salud hace algunos años, se vieron cambiadas por agentes dinamizantes promovidos por las mismas organizaciones de la salud: una amplia oferta de servicios de la salud, publicidad directa y agresiva y otros elementos hacen parte de las estrategias comerciales de algunas instituciones de la salud.

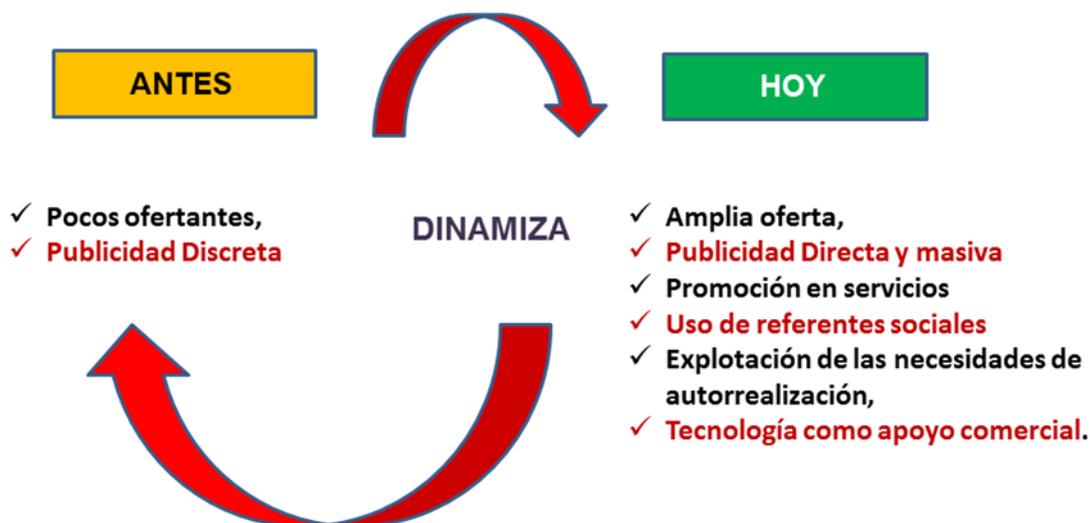


Figura 2. Oferta de Servicios de Salud

Fuente: elaboración propia

El usuario colombiano también evolucionó y revolucionó el mercado de la salud: ahora es más exigente, investiga, se asesora, sabe, cuenta con más información a la mano (Figura 3).

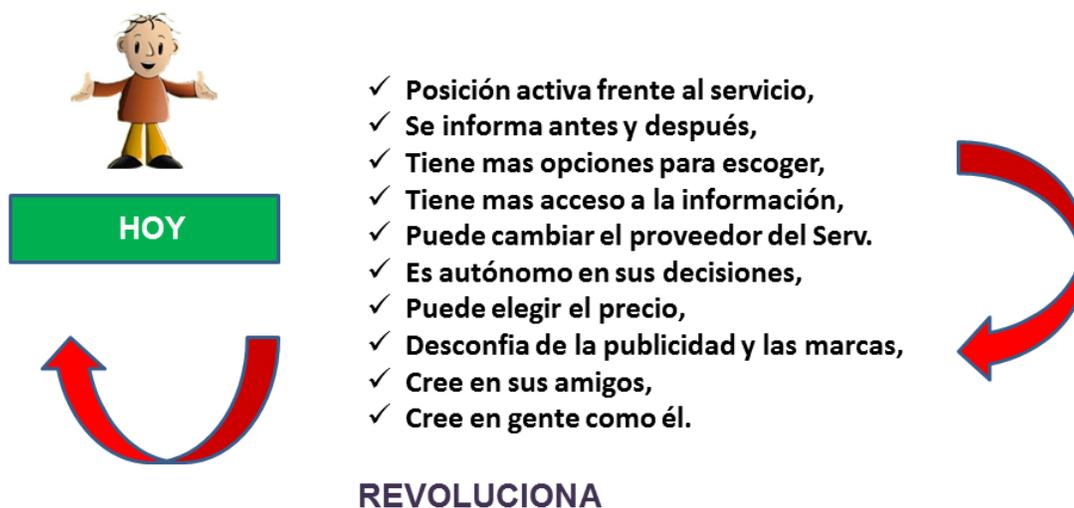


Figura 3. Usuario Colombiano: características

Fuente: elaboración propia

La institución de la Salud que se preocupe por intentar conocer lo que los usuarios esperan de ella respecto a características, calidad, precio, publicidad, puntualidad en la atención y asignación de citas y servicios; estará en ventaja competitiva para establecer su estrategia de mercadeo y lograr que los usuarios respondan en forma positiva a estos estímulos. De allí la importancia de conocer las expectativas que tiene un paciente y su familia sobre el servicio que se ofrece (Silva, 2005) (Figura 4)

Igualmente se menciona, antes de revisar el Mercadeo mix, las dimensiones de la calidad del servicio y las estrategias que se propondrán en el presente trabajo, las orientaciones que asumen las organizaciones para poder enmarcar dichas estrategias de una manera más focalizada hacia el paciente y su satisfacción.

Las organizaciones de cualquier tipo pueden tener al menos cuatro orientaciones, sin que necesariamente una de ellas no pueda tener un compuesto de las demás.

Estas orientaciones aplicadas a la salud pueden describirse así:



Figura 4. Orientaciones aplicadas a la salud.

Fuente: Elaboración propia

#### ORIENTACION HACIA LA PRODUCCION :

Sostiene que la tarea principal de una organización es buscar la eficiencia en producción y distribución. La mayoría de servicios de salud del estado tienen este tipo de orientación, por ejemplo es frecuente planificar las consultas médicas con el concepto de: se deben atender 5 pacientes por hora. Una característica importante de esta orientación es la de esgrimir cifras como parámetros de eficiencia, típica producción.

El ISS atiende un millón de afiliados diariamente, despacha 900.000 fórmulas, atiende 10.000 partos, etc. ¿Y la calidad de lo que hace? ¿Y la satisfacción del usuario?

### ORIENTACION AL PRODUCTO :

Sostiene que la tarea principal de una organización es hacer ofertas que crea serán buenas para el público. Es preparar un magnifico producto de tal manera que la gente lo buscara. Es una orientación bastante de moda en la salud:

- Clínica de Columna: solo le interesa la columna del paciente. Sus problemas oculares, por ejemplo debe solucionarlos en otro tiempo y lugar. Igual cualquier otro problema de salud.
- Clínica oftalmológica: por el contrario solo le interesa el ojo, cualquier otro problema va a otro lugar.
- La Liga de Lucha Contra el Cáncer solo promociona un producto llamado no cáncer.

### ORIENTACION A LAS VENTAS :

Sostiene que la principal tarea de la organización es estimular el interés de clientes potenciales a las ofertas existentes en la organización. Es una orientación basada primariamente en el hecho de conseguir cada vez nuevos clientes.

El ofrecimiento de primera consulta gratuita esta orientada únicamente a la captación de nuevos clientes, es un sistema muy frecuente en servicios odontológicos, pero que también se realiza en otros campos de la salud, por ejemplo chequeos visuales.

### ORIENTACION AL MERCADO :

Sostiene que la principal tarea de la organización es **determinar las necesidades y deseos** de los mercados objetivos y satisfacerlos a través del diseño, precio, comunicación y presentación de ofertas adecuadas y viables desde el punto de vista competitivo.

Su pilar es el **buen servicio** que desarrolle **fidelidad** en un producto produzca la **recompra**, es decir la **permanencia** del cliente con su vendedor (del paciente que compra salud con el médico o el profesional de la salud que la «vende»).

Es la señora que siempre quiere que sus partos sean atendidos por el mismo médico, o en la misma clínica

El Modelo de Mercadeo aplicado al Servicio de Nutrición Intra hospitalaria que se propone en el presente trabajo es un modelo integral con orientación al mercado, preocupado por

proporcionar al cliente externo una experiencia memorable a su paso por la Clínica Hospital Santa Sofía de la ciudad de Manizales, teniendo en cuenta las dimensiones que componen la calidad de un servicio.

## **7. Hipótesis**

La gestión de la nutrición en un hospital requiere un Mercadeo intrahospitalario que permita la interconexión de procesos administrativos con la aplicación de un modelo de Mercadeo en la Unidad de Nutrición que genere eficiencia en la disminución de los costos y gastos del sistema de salud y al mismo tiempo ofrezca un excelente servicio satisfaciendo las necesidades de usuario, con el concurso y apoyo de los funcionarios involucrados en el proceso

## **8. Metodología**

Estudio de tipo cualitativo / subjetivo.

### **8.1 Diseño muestral**

La investigación busca abarcar a los Hospitales Regionales de Colombia. Funcionalmente no existe mayor limitante para acceder a la información de estas instituciones. Por ello se ha determinado el tamaño de la muestra sobre un total de cinco Hospitales Regionales.

No se utilizó ningún tipo de diseño muestral para determinar este tamaño.

### **8.2 Método para recolección de datos**

Para la presente investigación se propone utilizar como instrumentos para la recolección de los datos, cuestionario de preguntas abiertas y cerradas, entrevista y la revisión bibliográfica de los sujetos, en este caso hospitales a investigar.

El proceso de recolección de la información, de acuerdo a la metodología cualitativa es inductivo, es decir, ninguna etapa de la investigación excluye a otra, para la generación del conocimiento, y por el contrario se complementan, a manera que se organiza y analiza constantemente la información, lo que a su vez permite la representatividad y validez de los datos, orientando a la profundización de la comprensión de la situación actual de la gestión de la nutrición intrahospitalaria.

### **8.3 Método para analizar los datos**

El análisis de la información recolectada, se realizó bajo el contexto de la realidad de los servicios de nutrición hospitalaria en Colombia, construyendo conocimiento de manera inductiva, el que a su vez se construyó estructurando los hallazgos encontrados conforme avanzó la investigación, permitiendo generar conocimiento por medio de la comprensión, basada en la situación analizada en el contexto de la gestión de la nutrición hospitalaria, por medio de la creación de una matriz de categorías de información que permitiera a su vez la comparación de la información recolectada con la situación observada de la atención nutricional hospitalaria.

## **9. Resultados y análisis de datos**

Luego de haber clasificado por categorías, la información necesaria para la obtención de los datos requeridos y con el objeto de realizar un análisis observacional de la situación de la gestión nutricional intrahospitalaria desde el punto de vista del Mercadeo, se procedió a convocar a 8 hospitales de Colombia, de los cuales pudieron ser observados los datos de 5 de ellos, siendo estos, el Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas, la Clínica Imbanaco de Cali, el Hospital Militar de Bogotá, el Hospital San Vicente de Rio Negro y la Clínica Somer también de Rio Negro.

Las encuestas fueron aplicadas a grupos de interés, específicamente y para este caso, a las nutricionistas de mayor poder influenciador de cada institución en componentes importantes dentro del proceso de nutrición intrahospitalaria como compras de insumos, selección de fórmulas de nutrición enteral y parenteral y mayor facturación por sus servicios.

Para un mayor orden y una mejor comprensión de la información recolectada, se presentan los resultados y análisis agrupados por áreas funcionales o por actores que intervienen en el proceso.

### **9.1 Dirección del Hospital**

La Dirección de los hospitales no tiene conocimiento sobre la gestión que requiere un servicio de nutrición intrahospitalaria, no hay estudios de tiempos y movimientos para definir promedio de pacientes hora, según el servicio o tipo de patología y momento de atención.

Se considera por parte de Dirección que el servicio de alimentos no es una actividad misional y que por lo tanto debe ser manejado por terceros, al igual que la cafetería principal de los hospitales. Caso contrario ocurre con la central de mezclas, la cual tiene claras medidas de rentabilidad y relación costo beneficio.

La toma de decisión sobre la selección del contratista del servicio de alimentos al igual de quien usufructúa la cafetería del hospital, recae en la Oficina de Jurídica, de Costos o Financiera, contando con la participación del Área de Nutrición Clínica solo para especificaciones técnicas más no selectivas a la hora de decidir quién debe ser el proveedor.

En complemento, la gran mayoría de servicios de alimentos son administrados por ingenieros de alimentos o personas con conocimiento técnico en contaduría o economía, por los bajos sueldos ofrecidos al personal que hace parte del Área de Nutrición Clínica o por escases de nutricionistas y desconocimiento de los contratistas de la importancia de su gestión en este tipo de servicios.

El área de Nutrición Clínica trabaja desarticuladamente con el servicio de alimentos y consulta externa, no hay un reconocimiento de la interrelación que deben tener.

El tipo de contratación en el sector salud más común es la prestación de servicios, en el sector público, sin embargo, y en contra de la normatividad legal actual, son contratos renovados año tras año, con definición de horarios de trabajo y días laborables. Esto refleja la onda problemática que tiene el sector salud en el país. No hay un conocimiento claro sobre el pago promedio mes u hora, porque varía mucho según la región y disponibilidad de nutricionistas en la zona.

A nivel privado la oferta de salarios se da teniendo como referente el pago a profesiones de salud con 5 años de formación académica, sin incluir responsabilidades a cargo del nutricionista como gestión, diagnóstico nutricional y clasificación del mismo con código I10, nota médica de evolución, formulación clínica, realización de autorizaciones Mipres, Nopos, respuesta a glosas y tutelas.

Todas estas actividades no las realizan ninguna otra profesión del sector salud a diferencia de los médicos, odontólogos y optómetras. De estos mencionados, los dos últimos laboran en ambientes diferentes al intrahospitalario.

## **9.2 Estructura**

El servicio de nutrición clínica hospitalario se imparte con desconocimiento de la realidad institucional en que se desenvuelve, y la asignación del mismo dentro de otras áreas del hospital obedece a un esquema administrativo en salud muy antiguo y basado en manejo médico como control de todo, por ser la profesión de mayor rango en el hospital. Por este motivo no hay claridad en qué comités de toma de decisiones debe ser incluida el Área de Nutrición Clínica, ni tampoco porque debe estarlo.

## **9.3 Gestión Nutricional**

La evaluación del desempeño del servicio de nutrición clínica, no incluye indicadores de gestión más allá de los requeridos a nivel asistencial y que son exigidos por la normatividad legal de habilitación en salud, algunas instituciones emplean los requeridos por normatividad de

acreditación en salud y en algunos casos se adecuan indicadores para desempeño en cuanto a suministro de nutrición, sin cruzarlos con aspectos de farmaco-economía.

En general los servicios de nutrición clínica saben y tienen estructurados sus objetivos de atención asistencial y algoritmos requeridos para dicho cumplimiento, sin embargo, no ocurre lo mismo a nivel administrativo, no hay claridad en que deben hacer y como plantearlo, lo que se evidencia en el desconocimiento de la rentabilidad del servicio y en como visibilizar la facturación de nutrición, aun sin contar con centros de costos que lo faciliten. Por otro lado, es común la participación de nutrición en otros servicios como consulta externa, programas de obesidad, trasplantes, etc., lo cual debe ser tenido en cuenta como desarrollo de programas que le permiten a nutrición un importante intercambio de valor, siendo sumamente importante desde la perspectiva de servicio al cliente y de impacto y responsabilidad social.

La medición de desperdicios es una práctica habitual en los servicios de alimentación, pero al ser una actividad realizada por el contratista es percibida como ajena por nutrición y no es monitorizada adecuadamente.

El trabajo del grupo de soporte nutricional está empezando a ser percibido como opción rentable para el servicio y miembros del grupo, la institución aun lo considera una ronda médica más, y solo cuando el especialista cobra el tiempo empleado empieza a generarse la necesidad de facturar el servicio con código de especialidad, esta actividad es desarrollada diariamente de lunes a viernes en las mañanas, solo donde este servicio es vendido al hospital por evento a atender, es realizado los 7 días de la semana. En la gran mayoría de los casos observados el grupo funciona adecuadamente con médico especialista, nutricionista y enfermera jefe, sin contar con químico farmaceuta.

Las nutricionistas de los hospitales participan anualmente en al menos 2 investigaciones científicas, sin resaltar la importancia de esta actividad tanto a nivel de acreditación, como en la generación de conocimiento y posibilitando actividades de reforzamiento de marca y posicionamiento para la institución y el servicio en sí.

#### **9.4 Asistencial**

La supervisión de la nutrición enteral y parenteral se realiza diariamente en todos los hospitales de lunes a viernes, solo algunos que tienen mayor número de nutricionistas lo hacen en fin de semana.

La tamización de los pacientes es realizada por diferentes profesionales, desde auxiliares de enfermería, enfermeros jefe, médicos y nutricionistas. Por lo general no es facturado, solo lo hacen quienes en el contrato con las EPS, lo incluyeron como tal. Aun no es reconocido como una actividad de obligatorio cumplimiento por la dirección científica de las instituciones, obviando una exigencia de habilitación en salud. De igual manera ocurre con la revisión de ingesta de los pacientes, no se realiza en la gran mayoría de los casos, y si auxiliares de enfermería lo hacen, no siempre lo reportan y los sistemas de historia clínica no permiten emisión de alertas de manera fácil o sin cobro por cambio del sistema, lo cual evita eficiencia en la revisión.

La asignación del tipo de dieta es realizada por enfermería o medicina, rara vez por nutrición, debido a tradición de la asignación de la alimentación por personal diferente a nutrición, solo los servicios que cuentan con muchos nutricionistas, son prescritas por estos. Sin embargo, esta actividad es facturable si se realiza por nutricionista y como tal lo expresa la normatividad.

Todos los nutricionistas realizan autorizaciones Mipres y Nopos en las instituciones, solo quienes trabajan con regímenes especiales no requieren hacerlos. Dentro de las fórmulas de nutrición enteral empleadas se encuentran, oligoméricas, poliméricas y módulos proteicos, todas industrializadas, sin incluir fórmulas de preparación artesanal. El seguimiento en el uso de las mismas como ya fue mencionado es diario y además la prescripción de las mismas de manera ambulatoria es hecho por nutrición, siempre y cuando el suministro de estas es por medio de alguna sonda, sin embargo, la realización de junta médica para la formulación ambulatoria ha hecho disminuir su uso y lo actualmente empleado es remisión a nutrición de la EPS a cargo.

## **9.5 Paciente**

Los pacientes con dificultades para comer son ayudados por auxiliares de enfermería o por familiares lo que dificulta un adecuado seguimiento de la ingesta sino está bien estructurado la revisión de la misma, posibilitando el desarrollo de malnutrición.

Los gustos y preferencias, al igual que intolerancias o alergias alimentarias solo son revisados si se interconsulta a nutrición, y esto sumado a la escasa tamización de los pacientes y la asignación de dietas por profesionales no nutricionistas, puede explicar los porcentajes tan altos de malnutrición intrahospitalaria del país.

Las encuestas de satisfacción son realizadas en la mayoría de los casos por el contratista del servicio de alimentos anualmente. Solo los hospitales que tienen oficina de experiencia del cliente lo hacen mensualmente y a cargo de ellos mismos.

Es preocupante saber que muchas de las nutricionistas clínicas no saben si esta medición se realiza y si lo hacen, no revisan ni están enteradas de dichos resultados.

Dentro del concepto de hotelería hospitalaria, nutrición realiza por medio del servicio de alimentos carta menú, room service, solo en un hospital que cuenta con oficina de experiencia del paciente, los demás no realizan este tipo de servicios, debido en gran parte a que es prestado por un contratista que se limita a cumplir las especificaciones técnicas del contrato, las cuales no fueron hechas por nutrición.

Ningún hospital que atienda a pacientes de regímenes normales no especiales, realiza plan de egreso nutricional, solo entrega remisión a EPS, si se requiere, sin indicaciones de alimentación saludable en general.

No se ha realizado nunca encuestas de aceptación del proceso de atención nutricional, ni por los pacientes, enfermeras o médicos. Es decir, no se percibe la necesidad de evaluar la calidad en la atención frente al cliente interno y externo, dejando de generar retroalimentación al servicio ofrecido y por ende su mejoramiento continuo.

Los pacientes no son informados el porqué de su dieta, solo lo hace nutrición si se interconsulta. Siendo una de las actividades que mayor impacto pueden tener en la percepción del servicio, como se mencionó anteriormente.

La disponibilidad de cafetería 24 horas no es lo habitual y aunque se percibe como una necesidad por el personal médico, no hay intención de generar este tipo de servicio por los costos que acarrea, sin embargo, el aumento de máquinas expendedoras, tipo machine vending es común. Y aunque es la tendencia no solo en Hospitales sino en Universidades, empresas privadas, etc., no se está pensando en aquellos clientes – familiares del paciente – que no son tan cercanos a la tecnología.

## 9.6 Mercadeo

Nutrición no tiene conocimiento sobre quién es su cliente interno o externo, y mencionan que uno de estos son los pacientes, o los médicos o los demás servicios, pero sin tener claridad porque lo son.

Se considera además que los demás integrantes del equipo de salud son influenciadores en el tipo de resultados perseguidos por nutrición, Para los cuales debería haber objetivos y actividades estratégicas específicas a desarrollar para asegurar dicha influencia positiva en la prestación del servicio.

En general las actividades diferentes a las asistenciales que generen valor al paciente, en que nutrición participa, son de tipo educativo por medio de charlas en el sitio, lo que complementa la atención del paciente al reforzar sus conocimientos necesarios para su recuperación, y las otras actividades son en lugares como centros comerciales, emisoras y colegios, coordinadas desde mercadeo y que van a reforzar marca institucional.

No se cuenta con sistemas de respuesta a quejas en el abordaje nutricional, ni se evalúa esta actividad con nadie del equipo de salud.

La oficina de mercadeo en la mayoría de los casos indiferentemente si es público o privado el hospital, nunca se comunica con nutrición, salvo cuando necesita incluir información en un boletín o hacer reforzamiento de marca como ocurre en una sola institución, por medio de emisora de radio y charlas en centros comerciales y colegios.

Los demás servicios hospitalarios solo conocen de nutrición si se va a los comités en los que este participe, de lo contrario no se hace ningún método de divulgación de lo realizado por el servicio, Desperdiciando oportunidades de generar impacto dentro de la institución.

En general hay buena percepción del apoyo del área administrativa hacia nutrición, facilitando la implementación de más actividades.

Los informes de gestión son elaborados por nutricionistas sean o no coordinadoras, incluyendo datos de interconsultas atendidas y seguimientos a pacientes con o sin datos sobre facturación, no se incluye la totalidad de lo facturado que pertenece a nutrición y es facturable, por esto mismo no siempre se conoce datos de rentabilidad del servicio, ni se incluyen ahorros en costos al sistema de salud por terapia nutricional suministrada, es decir, son casi nulos los conceptos sobre farmaeconomía del servicio que se contemplan en el informe, limitándose solamente a ahorros del sistema de salud por uso de productos más económicos y efectivos en la terapia.

En términos generales el informe de gestión de nutrición se presenta a dirección médica y administrativa e incluye necesidades del servicio, a lo cual se le da más trascendencia en la reunión que a lo indicado, ya que no se presenta como un informe financiero sino simplemente operativo, sin tener puntos de comparación por faltar datos para hacerlo. Este informe jamás es conocido antes de la reunión ni se emplean campañas de expectativas que permitan una mayor afluencia o comentarios para la reunión o para el servicio de nutrición.

Las capacitaciones que solo a veces hace nutrición en las instituciones, son de tipo educativo frente a la actividad asistencial y son convocadas por alta voz o por cada uno de los coordinadores médicos de los servicios, afectando la asistencia a las mismas, ya que la convocatoria depende del concepto sobre la importancia de nutrición que tenga dicho médico.

En todos los hospitales, las nutricionistas refieren la alta frecuencia diaria, de solicitud de dietas por parte del personal del hospital indistintamente de su cargo, sin pago alguno para el profesional, a lo cual indican que no genera ningún tipo de intercambio de valor, “porque la gente no valora el trabajo”. Lo anterior puede indicar la percepción de interesante y representativo para la salud saber más sobre nutrición adecuada según necesidades, pero a la vez el interés de no pago por dicha información es una constante.

La relación con algunos servicios se considera estratégica para el desarrollo del adecuado servicio de nutrición, estos son medicina interna, cirugía y UCI, siendo los servicios con mayor demanda del servicio de nutrición por el tipo de pacientes que manejan.

La gran mayoría de las nutricionistas emplean a laboratorios como apoyo para capacitaciones y educación médica dentro de las instituciones, por el material de apoyo educativo que regalan, al igual el suministro de refrigerios y la opción de cumplir con capacitaciones sin tener que realizar directamente la misma, siendo los laboratorios quienes aprovechan este espacio para hacer actividades de reforzamiento de marca.

Participan además los servicios de nutrición en convocatorias para concursos sobre nutrición en aspectos relacionados con el ejercicio profesional en la institución, sin embargo, no es una actividad conocida por los demás miembros del hospital, desaprovechando este tipo de acciones para la imagen del servicio, ya que este tipo de actividades no son comunes realizarlas por otros profesionales diferentes al médico, al igual que las investigaciones en las que constantemente nutrición participa.

El concepto de marca propia no es claro ni conocido por las nutricionistas, por consiguiente su aplicación en el servicio tampoco lo es.

La comunidad en general de la ciudad no conoce que hace un servicio de nutrición clínica, y solo es percibido como el suministro de alimentos por medio de dietas a los pacientes, esto es claro para los nutricionistas; sin embargo, deja ver el potencial de acción que como gremio se puede tener frente al posicionamiento de la profesión.

Los médicos asistenciales conocen el impacto de la malnutrición en la recuperación de los pacientes, ya que nutrición se ha encargado de enseñarles en la actividad diaria o por incluirlos en patrocinios educativos con laboratorios para que estos les enseñen, lo que a su vez es percibido como positivo al volverlos más conscientes de la problemática de la malnutrición intrahospitalaria y como una buena forma de continuar este aprendizaje para los médicos.

Entre las actividades que son consideradas por los nutricionistas como posibles a realizar, diferentes a las ya realizadas por el servicio, están tamizajes nutricionales y campañas enfocadas para los empleados frente a su estado nutricional. Y como se mencionó anteriormente permiten un posicionamiento del servicio en el ambiente laboral, lo que a su vez puede ser positivo para el desarrollo del servicio de nutrición.

## 10. Modelo de Mercadeo para el área de Nutrición Clínica

La nutrición clínica como se muestra en la parte teórica y de resultados ha dado respuestas a las necesidades básicas del sistema de atención en salud y su participación en el modelo de gestión de la salud actual, no ha construido el modelo de acción o funcionamiento que requiere el servicio de nutrición intrahospitalario.

El Modelo de Mercadeo aplicado al Área de Nutrición Intrahospitalaria se ha diseñado y formulado pensando en cumplir tres objetivos, dos de ellos objetivos de Mercadeo y un tercero, de rentabilidad.

Tabla 4. Objetivos de Mercadeo

Objetivo	Métrica / Indicador de logro
1. Alcanzar 80 puntos porcentuales en el estándar de satisfacción del servicio de nutrición intrahospitalaria percibido por el usuario y sus familiares, que redunde en una experiencia memorable durante su permanencia en la institución.	(Calificación del servicio recibido / expectativas sobre el servicio) * 100 <b>Se realiza mediante encuesta de satisfacción a usuario o familiares</b>
2. Lograr reconocimiento institucional mediante el fortalecimiento del nombre de marca que permita un posicionamiento por calidad en la región equivalente a 80 puntos porcentuales	(Puntos obtenidos en reconocimiento de marca / Total de puntos posibles) * 100 <b>Se lleva a cabo mediante la aplicación de prueba de concepto y marca en cliente externo</b>

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5. Objetivo de rentabilidad

Objetivo	Métrica / Indicador de logro
3. Obtener una reducción del 100% de casos de mal nutrición intrahospitalaria por deficiente aplicación del proceso, generando a la institución un incremento en la rentabilidad de la operación del 15% anual sobre costos de la operación	(Presupuesto anual de Costos de operación en nutrición intra hospitalaria / Ejecución absoluta de costos anuales de operación en nutrición intrahospitalaria ) * 100
	(Número de pacientes diagnosticados con mal nutrición intrahospitalaria en un año / Número total anual de pacientes atendidos) * 100
	(Número total de pacientes diagnosticados con mal nutrición intrahospitalaria en el presente año (menos -) Número total de pacientes diagnosticados con malnutrición intrahospitalaria año anterior) / Número total de pacientes diagnosticados con malnutrición intrahospitalaria año anterior * 100

Fuente: Elaboración propia.

El modelo de Mercadeo aplicado al Área de Nutrición intrahospitalaria parte de una reorganización administrativa interna, donde se otorga participación al área en las reuniones decisorias de la administración que lo amerite, tales como Comité de Dirección, Comité de Gerencia o Comité de Servicios y le confiere a la Dirección del Hospital, un importante papel dado el conocimiento que a partir de la implementación del Modelo de Mercadeo debe tener acerca del proceso de nutrición intrahospitalaria.

Paralelamente se propone la implementación y puesta en marcha de la Oficina de Experiencia del Cliente, que reporta directamente a Dirección General y trabaja articuladamente con el Área

de Nutrición Clínica, ambas con funciones de planeación, dirección, administración y control, pero independientes entre sí.

Se plantea también que en caso de existir previamente un área de mercadeo, ésta asumirá las funciones creadas para la oficina de Experiencias del Cliente, caso en el cual, esta última no se implementará.

**Área de Nutrición Intra hospitalaria –  
Modelo de Marketing aplicado  
Dependencia administrativa y operatividad**



Figura 5. Área de nutrición intrahospitalaria. Modelo de Mercadeo aplicado. Dependencia administrativa y operatividad

Fuente: elaboración propia

Así mismo se ratifica la existencia de dos proveedores del servicio que interactúan directamente con el Área de Nutrición Clínica, (Farmacia y Servicio de Alimentos) quien coordinará de manera general la realización del servicio y tendrá otras funciones adicionales de control – ver cuadro de funciones por área o departamento –.

Tabla 6. Área de nutrición intrahospitalaria. MOdelo de Mercadeo aplicado. Funciones por área o departamento

**Área de Nutrición Intra hospitalaria –  
Modelo de Marketing aplicado  
Funciones por Área o Depto.**

Área o Dependencia	Funciones a realizar
Dirección General	Dirige Comité de Alimentos / Nutrición, Solicita informes de Gestión, financiero, de costos, manejo de desechos, resultados de las mediciones internas y valoraciones del servicio con contratistas. Aprueba contratistas y usufructo de la cafetería
Nutrición Clínica	Coordina la prestación del servicio, prepara licitación para proveedores, Tamiza y receta, Elabora informe de Gestión según formato Solicita informes de seguimiento y evaluación
Oficina de Experiencia del Cliente	Aplica encuestas de satisfacción al cliente, Aplica cliente incognito en habitación y cafetería

Área o Dependencia	Funciones a realizar
Oficina de Experiencia del Cliente	Informa por escrito el monitoreo del servicio en habitaciones a través de cámaras de video Evalúa servicio de contratistas
Área de Mercadeo	Implementa sistema de PQRS de forma permanente. Retroalimenta por escrito a Dirección General, Nutrición Clínica y Oficina de Experiencia del Cliente. Diseña y coordina actividades de capacitación externa. Diseña y coordina actividades de capacitación interna
Si no existe Area de Mercadeo estas funciones las asume la oficina de Experiencia del Cliente	

Fuente: elaboración propia

Las áreas de Mercadeo y de Central de mezclas continuarán prestando servicios de apoyo y en el caso de Mercadeo estará en permanente contacto con el área de Nutrición Clínica de la institución para garantizar difundir información pertinente al área de alimentos, campañas internas de información y servicios extendidos al cliente interno, etc.

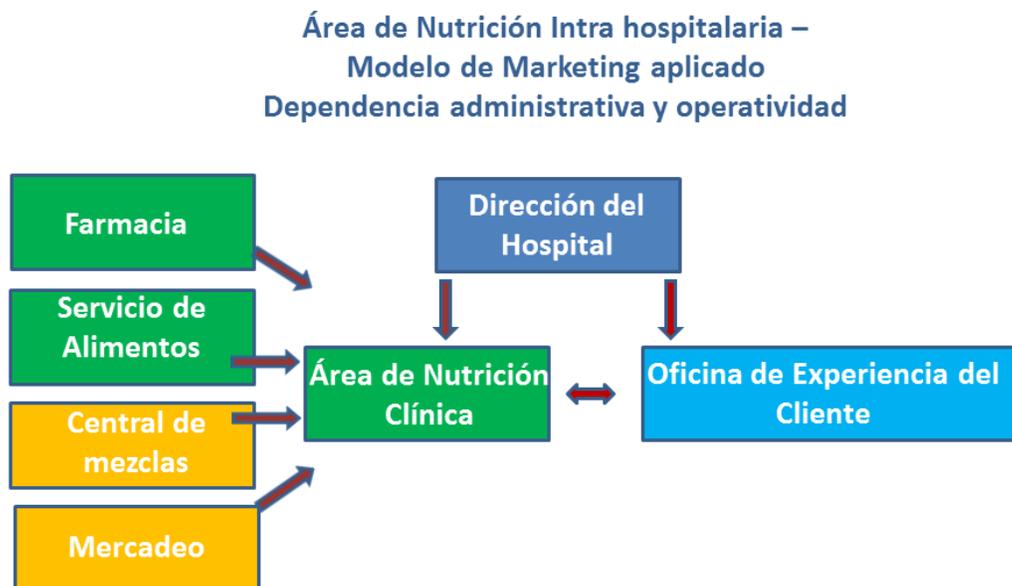


Figura 6. Área de nutrición intrahospitalaria. Modelo de Mercadeo aplicado. Dependencia administrativa y operatividad

**Fuente: elaboración propia**

De manera general se describirá a continuación el modelo de Mercadeo propuesto para el área de Nutrición Clínica del Hospital basado en el esquema teórico / conceptual de la Mezcla de Mercadeo o Mercadeo Mix. El Mercadeo Mix hace referencia a la combinación de 4 variables o elementos básicos a considerar para la toma de decisiones estratégicas de Mercadeo en una empresa. Son el producto, el precio, la distribución y la comunicación, pero si se habla de empresas del sector servicios se debe pasar de 4 a 7 variables: las 7 p's.

El Modelo de Mercadeo aplicado al Servicio de Nutrición intrahospitalaria que se propone en el presente trabajo, es un modelo integral con orientación al mercado, preocupado por proporcionar al cliente externo una experiencia memorable a su paso por el Hospital, teniendo en cuenta las dimensiones que componen la calidad de un servicio.

Las dimensiones de la calidad en el servicio aplican en su totalidad al Servicio de Nutrición intrahospitalaria.

Estos son:

- Confiabilidad,
- Comprensión,
- Capacidad de Respuesta,
- Competencia,
- Accesibilidad,
- Credibilidad,
- Cortesía,
- Tangibilidad,
- Empatía,
- Responsabilidad.

Efectivamente, el concepto de calidad aplicado a temas de servicio hospitalario obliga a la investigación a tener en cuenta las necesidades y expectativas que el usuario tiene no solo sobre la institución, sino sobre el servicio esperado. En este sentido, y en complemento, resulta necesario aclarar que es usual que los responsables de los hospitales e instituciones de la salud desarrollen programas orientados a la satisfacción del usuario contruidos a partir de un énfasis

especial en condiciones y aspectos técnicos de la calidad como lo pueden ser la idoneidad de su personal médico o la alta tecnología de sus equipos, elementos estos de indudable importancia en el ejercicio de salvar vidas, pero que no incorporan aspectos funcionales que otorgan al servicio ofrecido por la clínica una verdadera satisfacción de las expectativas del usuario y su familia frente a su experiencia al interior de la institución.

Una revisión de la literatura existente sobre temas de calidad en el servicio, permitió a la presente investigación apoyarse en el modelo de “Calidad en el Servicio”<sup>3</sup> basado en contrastar las expectativas que el usuario posee frente al servicio esperado en una institución de la salud frente a su experiencia vivida a su paso por este. A diferencia de la calidad en productos tangibles, las dimensiones de la calidad en el servicio y más especialmente en el servicio hospitalario involucran elementos emocionales dada la naturaleza del servicio que se recibe y sus implicaciones en las expectativas de vida del usuario y es por esto que dichas dimensiones de la calidad en el servicio fueron tenidas en cuenta para la formulación del modelo de Mercadeo aplicado a la nutrición intrahospitalaria.

En complemento, existe una variación al modelo inicial de cualificación a la calidad del servicio que se ha mencionado hasta ahora el cuál es propuesto por (Mira Solves, Buil Aina, Rodríguez Marín, & Aranáz, 1996), quienes sugieren un modelo SERVQHOS (Calidad del Servicio Hospitalario) que ratifica las dimensiones de la calidad que resultarán importantes medir en la valoración integral del servicio al cliente hospitalario.

En efecto, el modelo SERVQHOS menciona 4 factores que representan dimensiones de la calidad, dentro de las cuales se encuentra el tema de la nutrición intrahospitalaria como uno de

---

<sup>3</sup> Modelo “SERVQUAL” expuesto por (Zeithaml, Parasuraman, & Maholtra, 2002).

los componentes tangibles del servicio hospitalario. Estos factores de la calidad en el servicio hospitalario según el modelo SERVQHOS son:

Factor 1: Calidad en el Servicio:

Factor 2: Ética percibida:

Factor 3: Relación con el médico:

Factor 4: Aspectos Tangibles:

Dentro del Factor 1 se incluyen elementos como trato personalizado, prioridad en la atención a los pacientes, preocupación por los pacientes, interés por solucionar los problemas, trato y cortesía, profesionales bien preparados.

El Factor 2 involucra elementos como el consentimiento informado, el tener en cuenta los derechos del paciente, el hecho de que las esperas en el hospital para recibir la atención, no sean excesivas y el evitar los riesgos derivados de las pruebas diagnósticas.

El factor 3 contempla elementos como la confianza que el paciente tenga a los médicos, a la información que éste suministra, al trato que recibe por parte del galeno y el tiempo de estancia en el hospital.

Finalmente el factor 4 tiene en cuenta elementos como la alimentación intra hospitalaria, la infraestructura física, el acceso al hospital, la presentación física de los empleados, etc.

De otro lado vale la pena mencionar como (Lozada Otalora & Rodriguez Orejuela, 2007) también coinciden en que el servicio de salud posee ciertas particularidades que se deben tener en cuenta para comprender su naturaleza y canalizar correctamente los esfuerzos para ofrecer un servicio de calidad, entre otras:

El servicio de salud responde a una necesidad de los individuos, más que a los propios deseos de tener más o mejor salud, por esto cada persona debe recibir tantos cuidados médicos como necesidades tenga, y no tantos como esté dispuesto a pagar (Agudelo, 2006).<sup>4</sup>

La incertidumbre afecta al mercado: los pacientes desconocen el resultado de sus enfermedades sin la ayuda de los médicos, y estos no pueden predecir con toda certeza los resultados de un tratamiento (Iñiguez, 2005).<sup>5</sup>

En los mercados de servicios de salud existe una gran asimetría de información, que genera dos consecuencias: (a) el consumidor es totalmente dependiente de los médicos (Arredondo y Recaman, 2002)<sup>6</sup> y (b) no permite que la calidad del producto sea observable completamente para el consumidor (Castaño, 2005).<sup>7</sup>

Contrario a lo que ocurre en el intercambio comercial, raramente el individuo recibe de forma inmediata la retribución por el consumo del servicio (Rothschild, 1999). Adicionalmente, en la atención médica no se conoce el gasto que debe realizarse, debido a la ocurrencia probabilística de la enfermedad y a la variabilidad de su gravedad, los tratamientos disponibles y su eficacia (Arrow, 1963).<sup>8</sup>

La calidad técnica de los servicios de salud es difícil de observar (Castaño, 2005). Este hecho contribuye a la dificultad de medir su calidad; situación que se afianza dada la intangibilidad, heterogeneidad, perecibilidad e inseparabilidad de los servicios de salud.

---

<sup>4</sup> Agudelo, H. B. (2006). Encuesta poblacional de salud condiciones de vida y demanda en salud municipio de envigado. Recuperado el 7 de septiembre de 2007, de [http://guajiros.udea.edu.co/demografiaysalud/Pagina\\_Web\\_EPS/problemas\\_salud.html](http://guajiros.udea.edu.co/demografiaysalud/Pagina_Web_EPS/problemas_salud.html)

<sup>5</sup> Iñiguez, A. (2005). Economía de la salud. Recuperado el 8 de septiembre de 2007, de [http://www.webcalidad.org/articulos/eco\\_de\\_salud.htm](http://www.webcalidad.org/articulos/eco_de_salud.htm)

<sup>6</sup> Arredondo, A. y Recaman, A. L. (2002). Oferta vs. demanda: algunos aspectos a considerar para el estudio del mercado en salud. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*, 20, 42-47.

<sup>7</sup> Castaño, R. A. (2005). Estado, mercado y análisis económico: ¿complementarios o sustitutos? *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 4 (8), 79-90.

<sup>8</sup> Arrow, K. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 53 (5), 941-973

Con todos estos aspectos de la calidad, es obvio que la misión principal de una organización de salud, llámese consultorio, hospital o clínica, es la de ofrecer un servicio que cree usuarios satisfechos, saludables y con la mejor calidad de vida, generando rentabilidad en la operación.

A partir de la denominación del objetivo misional de la organización, se desarrollará el Mercadeo Mix aplicado al servicio de la salud y específicamente al servicio de Nutrición intrahospitalaria.

A diferencia del Mercadeo Mix para productos, compuesto por 4 elementos: Producto, Precio, Plaza (Distribución) y Promoción, el de Servicios va a incluir además de los anteriores, las Personas, los Procesos y la Evidencia Física.



Figura 7. Marketing Mix para el Servicio de Nutrición Intrahospitalaria de la Clínica Santa Sofía de Manizales.

Fuente: elaboración propia

Una vez contextualizado el escenario en que se diseñó el modelo de Mercadeo, se detallaron los componentes que lo integran:

- 1- Datos generales
- 2- Medición de facturación
- 3- Atención nutricional
- 4- Normatividad
- 5- Informe de gestión
- 6- Plan de Mercadeo

El modelo de Mercadeo planteado incluye la aplicación de un cuestionario de recolección de información que permita direccionar las acciones a seguir según necesidad de cada servicio. (Ver Anexo 1).

El formulario de recolección de información fue diseñado a partir de la clasificación por categorías de la información, permitiendo extraer de esta primera, aquella que se consideró fundamental para la implementación de estrategias de Mercadeo que procuren una mejor gestión de la nutrición intrahospitalaria.

Tabla 7. Datos generales

1- Datos generales				
Nivel de atención	1	2	3	4
Consulta externa	si	no	promedio pacientes	
hora				
Número de camas	hospitalización		UCI	
UCIN				
Promedio ingresos de pacientes diario				
Número de nutricionistas				
Horarios de trabajo				
Lunes a viernes		horas	día	de
nutricionista				
Lunes a viernes		horas	día	de
...				

Fuente: Elaboración propia.

Esta primer parte permite identificar el nivel de atención en salud, es decir, si es básico o especializado según aumenta el número del nivel, de igual forma indica si cuenta con el servicio de consulta externa, el cual se convierte en un servicio pre y post hospitalización que permite hacer seguimiento y trazabilidad de la atención al paciente. El total de número de camas y de los servicios requeridos, permite conocer el nivel de complejidad dentro de la institución para el servicio de nutrición clínica, ya que a mayor número de camas en UCI (Unidad de Cuidado Intensivo) y UCIN (Unidad de Cuidado Intermedio) mayor necesidad de conocimiento y horas

de nutricionista por la necesidad de soporte nutricional especializado enteral y parenteral. Los siguientes datos permiten cruzar estas necesidades mencionadas con las horas de disponibilidad de nutricionista de la institución, lo cual revela la posibilidad de hacer una adecuada atención o no, dependiendo de tiempos asignados y movimiento de pacientes en la institución.

Para este segundo punto, se incluye todo lo concerniente a la facturación realizada por el suministro de cualquier tipo de nutrición vía oral, enteral o parenteral, incluyendo dispositivos médicos, actividades de evaluación y seguimiento nutricionales y dietas o alimentación intrahospitalaria ofrecida.

Tabla 8. Facturación último año

<b>2- Facturación último año</b>
Total facturado en fórmulas enterales y parenterales
Equipos – sondas – filtros empleados en el suministro
Procedimientos requeridos para el soporte nutricional
Total facturado por códigos de nutrición ISS y SOAT

Fuente: Elaboración propia.

En la tercera parte, se concentra la información concerniente a la atención nutricional directamente realizada en campo, es decir, a nivel asistencial, indicando que tan cerca o lejos de encuentra dicha atención frente a la normatividad vigente para la misma. De esta manera se permite observar si las acciones a implementar se deben orientar hacia el tipo asistencial o administrativo, de acuerdo a las horas de nutrición disponibles y al número de pacientes, camas e ingresos promedio.

Tabla 9. Atención Nutricional

<b>3- Atención nutricional</b>	
Cuenta con protocolos de nutrición enteral si	no
Cuenta con protocolos de nutrición parenteral si no	si
Cuenta con algoritmo de atención nutricional si no	si
Porcentaje de pacientes tamizados	
Porcentaje de pacientes en riesgo que son interconsultados	
Porcentaje de pacientes clasificados con CIE10 nutricional	
Porcentaje de pacientes con determinación dieta por nutricionista	

Fuente: Elaboración propia.

El cuarto punto del cuestionario, permite con claridad saber el tipo de normatividad que según cada institución está obligada a cumplir de acuerdo a la atención nutricional, es decir, todas las instituciones deben cumplir como mínimo estándares de habilitación, aquellos estándares de acreditación solo serán de obligatorio cumplimiento si la institución es universitaria o si decidió autónomamente acreditarse en salud.

Tabla 10. Normatividad que debe cumplir en nutrición

<b>4- Normatividad que debe cumplir en nutrición</b>
Habilitación
Acreditación

Fuente: Elaboración propia.

El punto cinco del cuestionario permite hacer evidente las necesidades del servicio de nutrición en horas nutricionista, de acuerdo a las camas del hospital y facturación promedio, de igual forma indicar según las evidencias actuales del conocimiento, los días de disminución en hospitalización por un mejor estado nutricional, aumentando el giro cama y la disminución de costos al sistema de salud.

El Mercadeo en nutrición parte del reconocimiento de tres tipos de actores: 1) Cliente interno (medicina interna, cirugía y UCI y UCIN); 2) Cliente externo y 3) Pacientes – familiares – comunidad. La interacción desde la nutrición es un fundamental en la garantía de la adecuada atención nutricional, por eso hace parte del Plan.

Tabla 11. Plan de Mercadeo

## 6- Plan de Mercadeo

Fuente: Elaboración propia.

La operatividad del modelo de Mercadeo propuesto se representa de manera gráfica en la Figura 8, en la cual se detallan las áreas participantes en el proceso de nutrición intrahospitalaria.

Como se ha dicho anteriormente, la Dirección del Hospital asume una posición más activa con unas funciones específicas que le dan acceso a información de primera mano para la toma de decisiones. Como área responsable de la Coordinación del proceso, aparece Nutrición Clínica y como Unidad de apoyo estratégico y de seguimiento y control, aparece la Oficina de Experiencia del Cliente o en su defecto, el área de Mercadeo de la institución.

Los canales de distribución son los algoritmos de atención nutricional ya establecidos por otros investigadores y la bibliografía con evidencia científica que lo avala.

Los procesos de Promoción se centran en las actividades educativas, de divulgación y de asesoría y aporta al usuario y su familia, así como también al público externo que lleven a cabo los funcionarios de Nutrición Clínica, apoyados desde Mercadeo y Oficina de Experiencia del Cliente.

Los proveedores del servicio son farmacia y servicios de alimentos, los cuales deben procurar el cumplimiento de lo solicitado por nutrición, manteniendo canales de comunicación abiertos y retroalimentando las sugerencias del servicio de doble vía.

El producto como elemento tangible es la alimentación suministrada al paciente en sus diferentes formas.

El servicio como elemento intangible está compuesto por el tamizaje, la determinación de la dieta de paciente según gustos, preferencias e intolerancias, el Plan de soporte nutricional, el Plan de egreso y/o el Plan ambulatorio de soporte nutricional.

La sumatoria de los componentes tangibles e intangibles da como resultado la experiencia que vive el usuario y su familia, que involucra elementos emocionales como la satisfacción de una necesidad básica (la alimentación), por medio de la atención nutricional, la cual implica seguridad en el cuidado de la salud.

El precio está representado por el valor facturado por el servicio completo, incluyendo dieta y suministro de fórmulas con sus respectivos insumos y procedimientos.

El lugar de uso del servicio es el hospital y dentro de este el cuarto del paciente con su respectivo momento de consumo. El lugar de compra es facturación, componentes estos que hacen parte de la evidencia física

Igualmente, aparece el área de Nutrición Clínica como cliente interno así, como también los demás funcionarios de otras dependencias y servicios hospitalarios, los cuáles deben ser reforzados constantemente en la aplicación del flujograma de atención nutricional, para lo cual los coordinadores médicos como jefes de estos servicios son claves, a su vez esto se puede reforzar con capacitaciones en nutrición tipo simposios, congresos y cursos, que pueden ser apoyados por laboratorios, también emplear revisiones de tema con artículos recientes que indiquen el impacto en salud de la atención nutricional en patologías específicas de atención hospitalaria, los cuales deben cumplir con los criterios de evidencia científica. La participación

en investigaciones debe involucrar a estos servicios de manera estratégica para reafirmar los lazos de ayuda, pero siempre liderado por nutrición.

El cliente externo, es decir, el paciente y su familia en primer término y la comunidad en general, deben conocer que están en el derecho de exigir en la atención nutricional dentro del hospital, las acciones complementarias que hacen parte integral del servicio, como se había mencionado anteriormente: tamizaje, determinación de dieta a consumir según sus gustos, preferencias e intolerancias, análisis de ingesta y tolerancia, plan de soporte nutricional si se requiere, recomendaciones nutricionales de egreso y/o plan ambulatorio de soporte nutricional. Es decir, que un nutricionista lo examine y atienda su condición y le explique qué y cómo debe comer según su situación de salud.

La evaluación de la experiencia de consumo del paciente, requiere ser controlada de manera constante para garantizar un posicionamiento de marca, que más allá del interés por reforzar la marca institucional, debe procurar posicionar el servicio de nutrición como el mejor percibido durante su experiencia de hospitalización, recayendo esta responsabilidad en la Oficina de Experiencia del Cliente y no sobre el contratista como se viene haciendo.

Todo este esquema descansa o se apoya en los procesos y las personas, ambos fundamentales para garantizar la fluidez del proceso y el éxito en su aplicación.

## **Compradores**

Las diferentes EPS, o empresas de medicina prepagada o incluso el poco común cliente particular, deben estar informados sobre que deben demandar del servicio de nutrición al igual

que el cliente interno, pero además conocer el ahorro al sistema de salud, que la evidencia científica indica se puede tener con un mejor estado nutricional.

Visibilizar con el gremio de auditores y EPS, la normatividad frente a la atención nutricional y su posibilidad de no pago ante el incumplimiento de la misma por los hospitales o empresas de atención en salud.

Involucrar a los entes territoriales y ministerio de salud para exigir el cumplimiento de la normatividad actual frente a la atención nutricional.

Como complemento a la propuesta esquemática del modelo de Mercadeo para la nutrición intrahospitalaria se detallan a continuación las estrategias de Mercadeo que se proponen desde la mezcla de Mercadeo o Mercadeo mix y que se desarrollarán en el marco del Modelo por los actores encargados. (Ver tabla 12).

Tabla 12. Área de nutrición intrahospitalaria. Propuesta de estrategias de Mercadeo

**Área de Nutrición Intra hospitalaria –  
Propuesta de Estrategias de Marketing**

Área Elemento del Marketing Mix	Estrategia
1. Servicio	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementar la oficina de «Experiencia del Cliente» como unidad estratégica de administración y control de la función de nutrición intra hospitalaria y en general, de servicio al usuario.</li> <li>2. Fortalecer los factores tangibles del servicio – contemplados en el elemento del Marketing Mix: Evidencia Física.</li> <li>3. Implementar herramientas de seguimiento a la calidad del servicio:</li> </ol>

Área Elemento del Marketing Mix	Estrategia
1. Servicio	<p>3.1 Implementar el «Usuario Incognito»: para valoración «in situ» del servicio, tanto para nutrición a pacientes como en cafetería</p> <p>3.2 Instalar de forma aleatoria cámaras de video en habitaciones</p> <p>3.3 Aplicar periódicamente encuestas de satisfacción por parte de la «Oficina de Experiencia del Cliente»</p> <p>4. Diseñar campaña de información al usuario apoyada en material grafico para el uso apropiado de las maquinas dispensadoras</p>

Fuente: elaboración propia

Área Elemento del Marketing Mix	Estrategia
1. Servicio	<p>5. Estandarizar parámetros del servicio y socializarlos a los actores comprometidos en él:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentación de la Comida,</li> <li>- Oportunidad en el servicio,</li> <li>- Amabilidad en el trato,</li> <li>- Consideración con el paciente y su familia.</li> </ul>
2. Evidencia Física	<p>El hospital debe garantizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instalaciones adecuadas,</li> <li>- Áreas de parque suficiente,</li> <li>- Sillas cómodas,</li> <li>- Cama Acompañante,</li> <li>- Salas de espera acogedoras,</li> <li>- Iluminación, Ventilación</li> <li>- Baños disponibles</li> </ul>

Área Elemento del Marketing Mix	Estrategia
3. Proceso	<p>4. Implementar el Sistema de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS) en temas relacionados a la nutrición intra hospitalaria.</p> <p>5. Evaluar y dar a conocer por parte del funcionario del equipo de salud, los resultados de los controles administrativos propuestos en los numerales 3.1, 3.2 y 3.3</p> <p>6. Establecer de forma permanente y de doble vía, el nexo entre el área de Mercadeo (si la hay) o en su defecto, La Oficina de Experiencia del Cliente y el área de Nutrición.</p>

Fuente: elaboración propia

Área Elemento del Marketing Mix	Estrategia
4. Promoción	<p>1. Implementar de manera formal las capacitaciones periódicas a las diferentes áreas del Hospital sobre cliente interno, con apoyo de laboratorios médicos y sus representantes comerciales.</p> <p>2. Fortalecer la divulgación en temas educativos dirigidos hacia la comunidad a través de brigadas en centros comerciales, colegios, universidades, gimnasios, emisoras locales.</p> <p>3. Relaciones públicas: a través de la Oficina de Experiencia del Cliente con relación directa con el usuario para lograr su entendimiento y aceptación.</p>

Área Elemento del Marketing Mix	Estrategia
5. Personas	<p>1. Si hay algo que define al servicio de un Hospital o Clinica es que no puede sustraerse de las personas que lo suministran y por lo tanto el personal es un factor clave en la diferenciación del servicio</p> <p>La oficina de Experiencia del Cliente y el personal que allí labore tiene contacto directo con el cliente y su comportamiento puede ser tan importante como para influir en la calidad percibida del servicio ofrecido por el Hospital. Por ello es básico que este personal esté permanentemente capacitado y capacite a los actores que participan en el proceso.</p>

Fuente: elaboración propia

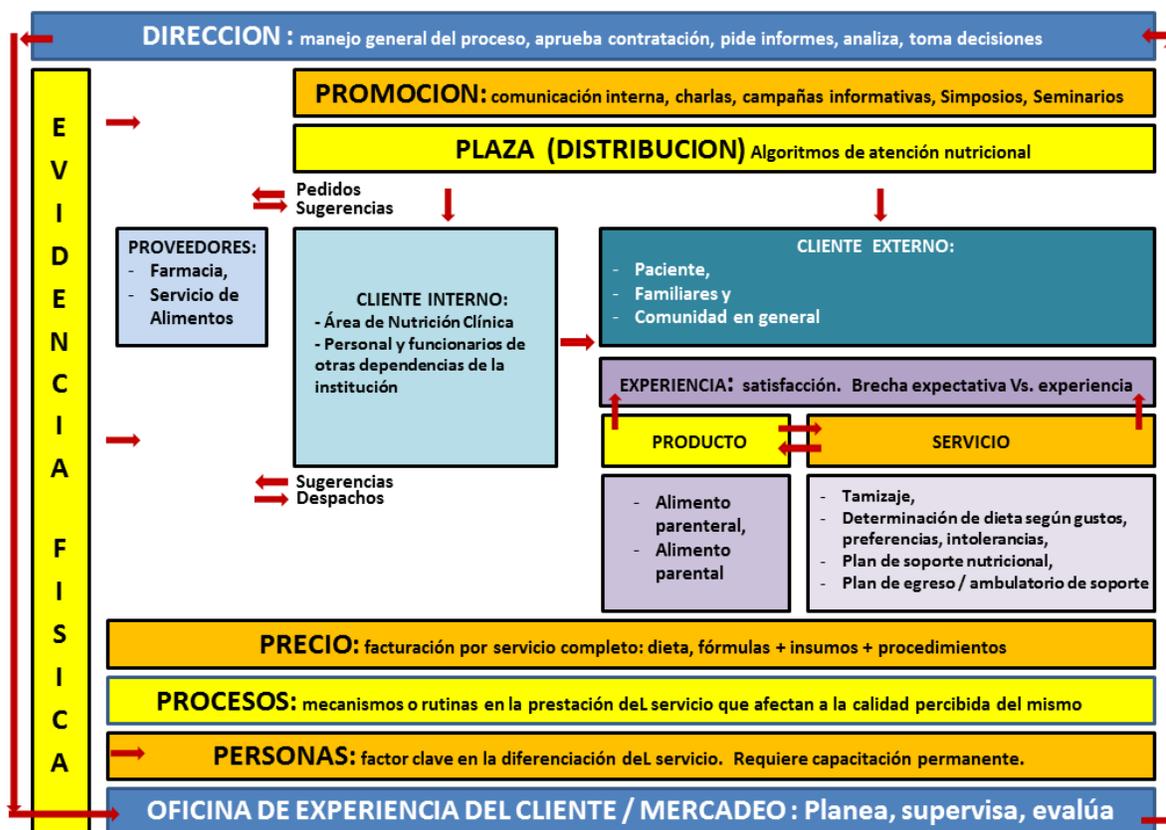


Figura 8. Representación Esquemática del Modelo de Mercadeo aplicado al Servicio de Nutrición intrahospitalaria

Fuente: Elaboración propia.

## **11. Conclusiones**

En este proyecto se buscó generar un modelo de gestión administrativa apoyado en herramientas y conceptos de Mercadeo que logre flexibilizar y optimizar las relaciones entre los diferentes participantes dentro del proceso de la nutrición intrahospitalaria, en el marco de la excelencia en el servicio al cliente, la optimización del proceso mediante la reducción de costos y gastos y la focalización en el usuario como el core del servicio.

Igualmente se planteó por parte de los autores la unificación de un solo modelo de Mercadeo a partir de tres modelos ampliamente conocidos, como el modelo de orientación al cliente, el modelo de reducción de costos y gastos y el modelo de crecimiento con penetración de mercado.

Así mismo se pretendió incorporar una innovación dentro de un proceso administrativo que de manera tradicional se ha manejado desde la administración de la institución de una manera ortodoxa, pero sin tener en cuenta el impacto que en este proceso puedan llegar a tener elementos comerciales y de mercadeo que harán del proceso algo nuevo, pues la implementación de técnicas de mercadeo dentro de las ciencias de la salud, resulta de por si inusual.

Desde los resultados del proyecto con guía para las entrevistas, agrupadas por área funcional o por actor participante en el proceso se presentan las conclusiones.

### **11.1 Área de Dirección y Administración general del proceso**

Las principales conclusiones en el área de Dirección y Administración de la Clínica, muestran que la categorización de la información necesaria para evaluar la gestión de la nutrición

intrahospitalaria, permite determinar los limitantes que deben ser desarrollados para un adecuado servicio.

También resultó evidente que el servicio de nutrición clínica intrahospitalaria desconoce los aspectos administrativos, financieros, legales, normativos y de Mercadeo que son necesarios a tener en cuenta para el éxito en el servicio en una evidente desestimación por parte de la Dirección del Hospital del proceso de Nutrición intrahospitalaria.

Se concluye entonces que la equivocación está en que a pesar de que no sea misional, la nutrición intrahospitalaria si hace parte fundamental de la experiencia que el usuario vive en el hospital. De hecho, no se trata de un tema de Fidelización (CRM), se trata de generar un servicio excelente al usuario y un tema de imagen corporativa y de reconocimiento ante los stakeholders.

Así mismo, la información recolectada permitió concluir que los organismos que actualmente se encargan de la selección de los contratistas que prestan el servicio de nutrición al Hospital, no poseen el perfil integral y necesario que garantice, no solo el mejor precio para la institución y el cumplimiento de ciertos requisitos legales, sino que además garantice la calidad del servicio.

Efectivamente, oficinas técnicas como Jurídica y Financiera llevan el peso de este componente tan importante del proceso (contratación). Sin embargo, este tema y todo lo relacionado con la Nutrición intrahospitalaria, debe, por su importancia radical, estar supervisado de forma muy cercana por funcionarios del Hospital y no precisamente pertenecientes a las áreas Jurídica, Costos o Financiera, quienes no cuentan con el tiempo de supervisar el servicio que se está prestando, no tienen la formación con orientación hacia el cliente, ni la sensibilidad de abordar el proceso más allá de lo meramente legal o financiero.

De la misma manera, se evidencia las limitantes que tiene el personal administrativo a cargo del servicio de alimentos (Ing. de Alimentos, auxiliares de Contabilidad o Economistas), sobre el conocimiento del real impacto que tiene en el usuario este servicio y el rol determinante que este tiene en la percepción (positiva o negativa) de la experiencia durante su permanencia en la institución.

De otro lado, la información analizada también permitió identificar una falta de trabajo articulado entre las dependencias, como Área de Nutrición Clínica, Servicio de Alimentos y Consulta Externa, generando deficiencias en la prestación del servicio. Todo esto ayuda a que los proveedores ofrezcan un servicio despersonalizado, pero es el Hospital quien debe velar por que la cadena de valor del Servicio de Nutrición intrahospitalaria no se rompa al hablar de la nutrición parental, parenteral o la Cafetería, y esto se logra con un modelo en el que se creen controles al servicio.

Igualmente, y como otra conclusión obtenida, se evidencia que hay una subestimación del trabajo del nutricionista, el cual tiene una responsabilidad muy grande a cargo y que no está reflejada en el pago recibido, siendo muchas veces juzgado solo por el nivel de conocimientos y responsabilidades básicos de un nutricionista que no requiere el conocimiento que se necesita a nivel hospitalario, el cual puede considerarse un nivel especializado de formación, lo que a su vez permite enfocar esta práctica hacia la especialización del gremio para estos temas.

## **11.2 Estructura administrativa que soporta al Área de Nutrición intrahospitalaria**

La principal conclusión en este aspecto, es que el servicio de Nutrición Clínica Hospitalario es un servicio que funciona actualmente bajo un esquema administrativo en salud muy antiguo y centralizado casi en un 100% en el manejo médico.

Por estar desestimada y no considerarse misional, los funcionarios del Área de Nutrición Clínica no tienen asiento en Comités de Alta Gerencia donde se toman decisiones.

Nutrición hace parte – no solo y de forma obvia del componente técnico o científico de la atención al paciente –, sino de una de las dimensiones de la calidad que afectan el servicio y que son independientes de la atención a una enfermedad, por ello debe tener un papel más relevante en la Dirección Estratégica de la institución.

## **11.3 La Gestión Nutricional**

En cuanto a la evaluación del desempeño del servicio de nutrición clínica, se concluye que a pesar de que los Indicadores de Gestión se encuentran perfectamente identificados, no existe por parte de las instituciones de salud una aplicación uniforme de estos. Indicadores a nivel asistencial, para acreditación en salud y aquellos adecuados por parte de la institución son utilizados a discreción.

Igualmente, se vuelve a concluir que, a nivel administrativo, no existe pleno conocimiento de las características del servicio y todos los factores relacionados a este como su planeación estratégica, la rentabilidad del servicio, su correcta facturación y la medición de desperdicios, lo

que a su vez es un tema de responsabilidad social corporativa y tema de responsabilidad ambiental que no se debe ignorar.

En la gran mayoría de los casos observados el grupo de salud funciona adecuadamente con médico especialista, nutricionista y enfermera jefe, sin contar con químico farmacéuta. Esto a su vez implica la posibilidad de generar grupos de soporte nutricional que se conciben como empresas que vendan su servicio a las instituciones que lo requieran, posibilitando el desarrollo de un nicho de mercado.

#### **11.4 La asistencia como base de la nutrición**

Hay una desestimación de la normatividad legal que indica claramente la supervisión diaria del soporte nutricional enteral o parenteral, ya que se pudo determinar que solo en algunos hospitales que tienen mayor número de nutricionistas lo hacen durante toda la semana.

De igual manera se pudo identificar que la asignación del tipo de dieta es realizada por enfermería o medicina, rara vez por nutrición. La falta de la aplicación completa de la norma ha impedido el correcto uso del servicio y como tal la desfiguración del trabajo del nutricionista en la institución, siendo incluso percibido por los profesionales en nutrición como una actividad que no les corresponde, dejando ver una de los grandes problemas del gremio, y es la desarticulación de su oficio debido a la especialización de la actividad en el mismo.

También se pudo concluir que el uso generalizado de la remisión del paciente a Nutrición de su EPS está afectando negativamente la calidad en la atención, ya que mientras lo ve Nutrición en consulta externa pueden pasar de 15 días a 3 meses, tiempo durante el cual el impacto en la

atención nutricional del paciente permite disminuir pérdida de su capacidad funcional y posibilidad de reingreso al hospital, ambas situaciones de un costo enorme para el sector salud.

### **11.5 El Paciente**

Se pudo concluir que existen falencias en la aplicación del proceso de nutrición intrahospitalaria que afecta de forma directa al paciente, pues contribuyen a ocasionar el desarrollo de malnutrición intrahospitalaria.

En efecto, la atención de pacientes con dificultades para comer por parte de auxiliares de enfermería o por familiares, la escasa tamización, la falta de interconsulta con Nutrición Clínica y la asignación de dietas por parte de profesionales no nutricionistas, se presentan de forma consuetudinaria al interior de los Hospitales.

Lo anterior, puede dar como resultado la creación de un modelo de auditoría interna al servicio de Nutrición para garantizar un excelente servicio, disminuir la malnutrición y trabajar por la construcción de una imagen frente a la sociedad, imagen de marca, reconocimiento de marca o posicionamiento.

Igualmente, se pudo comprobar, cómo la aplicación de herramientas de seguimiento a la calidad, como lo son las encuestas de satisfacción, son realizadas en la mayoría de los casos por el contratista del servicio de alimento semanalmente, lo cual es incorrecto, ya que quien presta el servicio no debería aplicar la encuesta, lo debería hacer un tercero para garantizar que no halla sesgo al momento de la aplicación o en la manipulación de la información arrojada por las encuestas.

De la misma manera, se determinó que los resultados de estas mediciones no son dadas a conocer a actores tan importantes como las nutricionistas indicando nuevamente la desarticulación existente entre al Área de Nutrición Clínica y otras dependencias como Servicio de Alimentos en este caso.

También se encontró que actividades como carta menú o room service, no se llevan a cabo en la gran mayoría de Hospitales. En algunos casos, lo hace el contratista lo que a su vez genera que se ofrezca un servicio despersonalizado, que no cumple con la normatividad vigente. Sin embargo, es el Hospital quien debe velar porque la cadena de valor no se rompa al hablar de la nutrición intrahospitalaria o la Cafetería, y esto se logra con un modelo en el que se creen controles al servicio.

Así mismo, se concluyó que ningún hospital realiza plan de egreso nutricional, solo entrega remisión a EPS. Esto representa para la institución el desperdicio de un excelente momento en la experiencia del paciente para reforzar la importancia que este tiene para la institución y el sector salud en general, ya que una adecuada educación nutricional permite disminuir costos al sistema de salud al posibilitar evitar el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles y a su vez recuperar un estado de salud en menos tiempo cuando se cuenta con un mejor estado nutricional.

Los horarios de atención de cafetería no son adecuados.

## **11.6 Área de Mercadeo.**

Las principales conclusiones arrojadas en el área de Mercadeo muestran el desconocimiento, no solo por parte de algunas dependencias del Hospital, sino también de la comunidad ciudadana en general, de los conceptos de Mercadeo y sus implicaciones en el servicio evidencia la

necesidad de plantear una orientación específica que facilite la comunicación y permita una correcta percepción e interpretación del proceso desde el servicio al cliente.

El área de mercadeo coordina las actividades de promoción del área de Nutrición Clínica orientadas a reforzar marca institucional por medio de charlas al paciente y otras que se llevan a cabo en diferentes sitios públicos de la ciudad, algunas veces con el apoyo de los laboratorios médicos y sus representantes comerciales.

Así mismo, se concluyó que no se cuenta con sistemas de respuesta PQRS, que la oficina de mercadeo en la mayoría de los casos no posee un adecuado nivel de comunicación con el área de Nutrición Clínica lo que representa la subutilización de sus funciones en beneficio del crecimiento potencial de la institución al ser influenciador en todas las demás áreas.

También se determina que existe un posicionamiento débil del área de Nutrición Clínica evidenciado en un desconocimiento por parte de los demás servicios hospitalarios hacia el área y no existe ningún método de divulgación de las funciones y actividades que ésta realiza.

Sin embargo, podría considerarse que la realización de algunas actividades de tipo educativo (tamizajes nutricionales y campañas periódicas) dirigidas hacia el personal del hospital, pueden ayudar a posicionar el servicio de nutrición como importante para la salud de las personas.

Así mismo, se detectó que los servicios hospitalarios que mayor demandan los servicios de Nutrición Clínica son Medicina Interna, Cirugía y UCI, por lo cual hacia estos servicios debe Nutrición encaminar esfuerzos para el desarrollo de estrategias que mejoren la atención nutricional.

También se concluye que con el desarrollo de un modelo de Mercadeo, la aplicación del concepto “Marca propia” a la venta de productos en la cafetería con la marca de nutrición clínica, podría generar no solo recursos financieros, sino también reforzamiento de marca.

Finalmente, se requiere la creación de un modelo de Mercadeo para la gestión de la nutrición intrahospitalaria que posibilite el desarrollo de una adecuada gestión de la atención nutricional del paciente y garantice un posicionamiento exitoso en el tiempo del servicio de nutrición.

### **11.7 Contribución a la práctica**

Introducir un modelo de Mercadeo práctico dentro de un proceso netamente administrativo dándole un manejo comercial, enfocado a la optimización del mismo, la agilidad en las relaciones entre los participantes y el excelente servicio para el usuario.

### **11.8 Contribución a la teoría**

Comprobar la transversalidad y el aporte del Mercadeo en diferentes ciencias, específicamente, en las ciencias de la salud, mediante la implementación de un “modelo Único de Mercadeo”, nutrido y fortalecido desde tres modelos clásicos donde se manejan tres aristas de un mismo escenario: el usuario, los costos y gastos de la institución, y el servicio al usuario.

El aporte es comprobar que el mercadeo no es una ciencia aparte de las demás disciplinas del conocimiento, sino que, por el contrario, muchas veces se convierte en la columna vertebral de los negocios al proveer las ventas, sin las cuales no habría sostenibilidad ni supervivencia empresarial.

## 11.9 Limitaciones

Básicamente la principal limitación del presente estudio se concentraría en la recolección de la información entre los cinco Hospitales Regionales dada su ubicación geográfica, lo cual impediría procesos de comunicación directa, focus groups u otras técnicas donde se requiera interactuar frente a otra(s) persona(s).

Adicionalmente, y de forma muy común, las barreras naturales que se presentan al interior de la institución al momento de su implantación también representan otra limitante, que debe ser sorteada por la dirección del Hospital.

Finalmente, dos aspectos a considerar; el primero, las limitantes más fuertes en la implantación de un modelo como el que se está proponiendo en el presente trabajo de grado, es que necesariamente la institución debe contar de forma permanente con una persona encargada del mercadeo del Hospital, ya que por lo sensible del área, requiere una persona allí de tiempo completo. Y segundo, la posibilidad de implementar modelos únicos de gestión de Mercadeo en otras áreas funcionales de la empresa o institución para flexibilizar procesos y reducir costos al interior de la empresa, constituyen de por sí investigaciones futuras.

## Referencias

- Aaker, J. (2006). *Escuela de Negocios.com*. Recuperado el 08 de Septiembre de 2017, de El éxito del Producto esta en la marca: - La “Estrategia de Marca” y “Brand Equity” trabajada desde David Aaker.
- A, G. d., Alvarez, J., & Burgos, R. (2009). Modelos de Gestión en Nutrición Clínica, puntos débiles y fuertes. *Nutrición Hospitalaria*, 24, 2.
- Álvarez, J., Monereo, S., Ortiz, P., Salido, C. (2004). Gestión en nutrición clínica. *Nutr Hosp*, XIX (3), 125-134.
- American Mercadeo Association - AMA - 2017. (2017). *Dictionary of Mercadeo Terms*. Recuperado de <https://www.ama.org/search/pages/results.aspx?k=service%2C%20definition/>
- Arcia Cáceres, I. (Marzo de 2014). *Gestión Administrativa*. Recuperado el 26 de Agosto de 2017, de Teoría Administrativa: <http://gestion-admtiva.blogspot.com.co/>
- García de Lorenzo, A.; Álvarez, J.; Burgos, R. y Cabrerizo, L; (2009). Modelos de gestión en nutrición clínica. Puntos débiles y puntos fuertes. *Nutrición hospitalaria*, 24(2).
- Banco Atlas. (13 de Marzo de 2009). *abc.com*. Recuperado el 28 de agosto de 2017, de Principios de la Gestión Administrativa: <http://www.abc.com.py/articulos/principios-de-la-gestion-administrativa-1154671.html>
- Barker, L. A., Gout, B. S. y Crowe, T. C. (2011). Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system. *International journal of environmental research and public health*, 8(2), 514-27.

- Brugues, M., Pibernat, A., Campasol, S., Moizé, V., García-Lorda, P. (2000). Evaluación de la aceptación de los menús servidos en un Hospital mediante estimación visual de los residuos de las bandejas. *Actividad dietética*, 8, 116-9.
- Castaño Castrillón, J. J. (2013). El Sistema de Salud en Colombia. *Archivos de Medicina*, 13(2), 286.
- Castillo Pineda, J. C., Gómez García, A., Velasco, N., Díaz-Pizarro Graf, J. I., Matos Adamés, A., & Miján de la Torre, S. (2016). *Nutrición Hospitalaria*. Recuperado el 2017, de Nutritional assessment of hospitalized patients in Latin America: association with prognostic variables. The ENHOLA study: [http://www.nutricionhospitalaria.es/wp-content/uploads/2016-n33-3/23\\_OR\\_10365\\_Castillo\\_ing.pdf](http://www.nutricionhospitalaria.es/wp-content/uploads/2016-n33-3/23_OR_10365_Castillo_ing.pdf)
- Conde Pérez, E. m. (2013). *EUMED.Net - Enciclopedia Virtual*. Recuperado el 09 de Septiembre de 2017, de La Gestión de Mercadeo y la Orientación al Cliente en Hotekes: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2013b/1355/gestion-Mercadeo-interno.html>
- Congreso de la Republica de Colombia. (2018). Ley 100 de 1993. Recuperado el 14 de Marzo de 2018, de Secretaría del Senado de la República: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html)
- Córdoba López, J. F. (2009). Del Mercadeo Transaccional al Mercadeo Relacional. *Entramado*, 5(1), 1-12.
- Costa G. (2015). Positioning Health Services in Consumer's Mind. *Revista Portuguesa de Mercadeo*, 33-42
- Cuesta Valiño, P. (2006). *Biblioteca de Economía y Enciclopedia Multimedia intractiva de Economía -EUMED -*. Recuperado el 07 de Septiembre de 2017, de Estrategias de Crecimiento de las empresas de distribución comercial: <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2006/pcv/2d.htm>

- D. L. Waitzberg, G. R. (2011). Desnutrición Hospitalaria. *Nutrición Hospitalaria*, 254-264.
- Editorial, Editorial. (2016). La importancia del Hospital en las Redes de Servicios. Digital Hoy, 1. (2004). La importancia del Hospital en las Redes de Servicios. *Hoy Digital*.
- Fleishman, D. B. (2012). Modelos de las Estrategias de Mercadeo. *Gest.Terc.Milen*, 5(9).
- Folgueras, T. M. (2015). Gestión en Nutrición Clínica. *Nutrición Hospitalaria*, 5-15.
- Gámez, J. L. V., Pérez, C. G., García-Almeida, J. M., Reina, A. M., del Río Mata, J., Fernández E. M., et al. (2014). Proceso informut; mejora de la accesibilidad del paciente hospitalizado desnutrido a su diagnóstico y soporte nutricional; repercusión en indicadores de gestión; dos años de evaluación. *Nutrición hospitalaria*. 29(6), 1210-23.
- García, Á. C. (2003). Gestión de calidad en el Área de Alimentación del Hospital Regional Universitario Carlos Haya. *Anales de la Real Academia de Ciencias Veterinarias de Andalucía Oriental*, 16, 1.
- Gómez-Arias, R. D. (2014). Colombia: ¿Qué ha pasado con su Reforma en Salud? Lima-Perú: *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*.
- Gronroos, C. (1994). *La Gestión de los Momentos de la Verdad y la Competencia en los Servicios*. Madrid, España: Ediciones Diaz de Santos.
- Gutierrez López, C., & Mauriz, J. L. (2015). El Cuadro de Mando Integral como Instrumento de Gestión en la Nutrición Clínica. *Nutrición Hospitalaria*, 403 - 410.
- Guillén, N., Torrentó, M., Alvadalejo, R., Salas-Salvadó, J. (2004). Evaluación de la aceptación de los menús servidos en el Hospital Universitari de Sant Joan de Reus. *Nutrición Hospitalaria*, 9(5).
- Gutiérrez López, C.; Mauriz, J. L. y Culebras, J. (2015). El cuadro de mando integral como instrumento de gestión en la nutrición clínica. *Nutrición Hospitalaria*, 403-410.

- Gutierrez López, C. & Mauriz, J. L. (2015). El Cuadro de Mando Integral como Instrumento de Gestión en la Nutrición Clínica. *Nutrición CHospitalaria*, 403 - 410.
- Hospital Departamental Universitario de Caldas Santa Sofia E.S.E. (2012). *E.S.E Santa Sofia*. Recuperado el mayo de 2016, de Reseña Histórica: <http://www.santasofia.com.co/ss/index.php/template/resena-historica>
- INSALUD. (1996). Gestión Analítica Hospitalaria. Proyecto SIGNO. Madrid: Ed. Instituto Nacional de la Salud.
- Kling, J. (2015). Evidencia Fármaco-económica actual de la intervención nutricional del paciente hospitalizado.
- Lambin, Gallucci & Sicurello. (2009). *Dirección de Mercadeo: Gestión estratégica y operativa del Mercado*. México D.F: McGraw Hill. p.336
- Londoño, J. L. & Frenk, J. (1996). *Documento de trabajo 353. Pluralismo Estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los Sistemas de Salud en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo, Oficina del economista jefe.
- Llopis-Salvia, P., Luna-Calatayud, P., Avellana-Zaragoza, J.A., Bou-Monterde, R. (2012). Organización y funcionamiento de la atención nutricional hospitalaria; el modelo implantado en el Hospital Universitario de La Ribera. *Nutr Hosp*, 27(2), 529-536.
- Lozada Otalora, M., & Rodriguez Orejuela, A. (18 de Octubre de 2007). Scielo.org. Obtenido de Calidad del Servicio de Salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del Mercadeo: <http://www.scielo.org.co/pdf/cadm/v20n34/v20n34a11.pdf>
- Martín Folguera, T., Álvarez Hernández, J., Burgos Peláez, R., Celaya Pérez, S., Calvo Hernández, M<sup>a</sup>. V., García de Lorenzo, A., García Luna, P. P., Irlés Rocamora, J. A., Lajo Morales, T., Luengo Pérez, L. M., Mellado Pastor, C., Oliveira Fuster, G., Pérez Portabella,

- C. y Vidal Casariego, A. (2009). Análisis de la relevancia y factibilidad de indicadores de calidad en las unidades de nutrición. *Nutr Hosp*, 27(1), 198-204.
- Ministros C. Resolución ResAP. (2003). 3 sobre alimentación y atención nutricional en hospitales. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 25(1), 38-45.
- Minsalud. *Resolución 2003 de 2014*. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud Colombia: Social MdSyP, editor.
- Mira Solves, J., Buil Aina, J., Rodríguez Marín, J., & Aranáz, A. (Septiembre de 1996). Ac.els-cdn.com. Obtenido de Calidad Percibida del Servicio Hospitalarios: [https://ac.els-cdn.com/S0213911197712962/1-s2.0-S0213911197712962-main.pdf?\\_tid=77312a7b-98cb-4676-a1e1-bce216a35515&acdnat=1528239695\\_7389729dcd09342833e7cf8100a7b7](https://ac.els-cdn.com/S0213911197712962/1-s2.0-S0213911197712962-main.pdf?_tid=77312a7b-98cb-4676-a1e1-bce216a35515&acdnat=1528239695_7389729dcd09342833e7cf8100a7b7)
- Palmatier, R. (2008). *Relationship Mercadeo*. Cambridge, Massachusetts: Mercadeo Science Institute.
- Pardo Oviedo, J. F., & González Rodríguez, J. L. (2015). Modelo Méderi de Gestión Nutricional Hospitalaria. *Nutrición Hospitalaria*, 1802-1807.
- Parvatiyar, A., & Sheth, J. (1995). The Evolution of Relationship Marketing. *International Bussines Rewiew*, 4(4), 397 - 418.
- Pérez de la Cruz, A. J., & Fernández Soto, M. L. (2016). La desnutrición Hospitalaria, un viejo problema sin resolver. *Nutrición Hospitalaria*, 513-514.
- Pineda, JdlCC., Grijalva, R.F., Dugloszewski, C. y Día, J. R. (2008). Declaración de Cancún: declaración internacional de Cancún sobre el derecho a la nutrición en los hospitales. *Nutrición Hospitalaria*, 3(5).

- Pinzón Espitia, O. L., & Gómez Morales, G. (2015). *Gestión de la Nutrición Clínica y Hospitalaria*. Bogotá: Editor Mónica Rodríguez.
- Pinzón Espitia, O. L.; Pardo Oviedo, J. M.; González Rodríguez, J. L.; (2015). Modelo Méderi de gestión nutricional hospitalaria. *Nutrición Hospitalaria*, 32, 1802-1807. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309243319055>
- Ramírez Barba, E., Hernández Aranda, J. C. (2012). Evaluación e impacto económico de la terapia nutricional. En Anaya Prado, R., Arenas Márquez, H., y Arenas Moya, D. (2012). *Nutrición enteral y parenteral*. Ed: McGraw Hill.
- Redacción, L. (17 de Octubre de 2013). *Mercadeo Actual*. Recuperado el 4 de Septiembre de 2017, de Beneficios del Mercadeo Orientado al cliente. Recuperado de: <http://Mercadeoactual.es/aula-Mercadeo/aula-Mercadeo/beneficios-del-Mercadeo-orientado-al-cliente>
- Riveros S., J., & Berné M., C. (2006). La aplicación del Mercadeo en hospitales públicos desde la perspectiva de los funcionarios: El caso de un hospital del sur de Chile. *Revista médica de Chile*, 134(3), 353-360. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006000300014>
- Suárez Sanabria, D. A. y Rozo Granados, Y. A. (2014). Buenas prácticas de gestión nutricional apoyadas en la logística hospitalaria.
- Sandhusen, L. R. (2002). *Mercadotecnia*. Mexico DF: Compañía Editora Continental. p.385
- Stanton, W., & Etzel, M.. (2004). *Fundamentos de Mercadeo*. México. DF: McGraw Hill . p.301
- Tobar, Federico. (2000). Herramientas para análisis del sector salud, ¿Hacia dónde va el Hospital? *Medicina y Sociedad*, 23(2), 84-99. Recuperado de: [http://www.revistamedicos.com.ar/opinion/hacia\\_donde\\_va\\_el\\_hospital.pdf](http://www.revistamedicos.com.ar/opinion/hacia_donde_va_el_hospital.pdf)

- Torres & Valdivieso. (2006). Una visión contemporánea del concepto de Administración: Revisión del contexto colombiano. *Cuadernos de Administración* 19(32), 128. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/cadm/v19n32/v19n32a05.pdf>
- Zeithamil, Parasuraman & Malholtra. (2002). Service Quality Delivery Through Websites: A Critical Review of Extant Knowledge. *Journal of the Academy of Mercadeo Science*, 30(4), 362-375.

## Anexo 1. Formulario de recolección de información

Formulario de recolección de información #  
Gestión de la nutrición clínica hospitalaria

Institución: \_\_\_\_\_  
 Año de fundación de la institución: \_\_\_\_\_ Años de constituida: \_\_\_\_\_  
 Nombre del entrevistado: \_\_\_\_\_  
 Cargo: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_  
 Barrio: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Sector empresarial: \_\_\_\_\_ Publica \_\_\_\_\_ Privada \_\_\_\_\_ Mixta \_\_\_\_\_  
 Distribución porcentual de regímenes a atender: Subsidiado \_\_\_\_\_  
 Contributivo \_\_\_\_\_ Especial \_\_\_\_\_

## Componente ético

Consentimiento informado: Cada uno de los actores que participen de esta investigación serán informados de los componentes de la investigación y posteriormente se socializarán los resultados, de esta con los involucrados.

## Privacidad y confidencialidad

La información aquí consignada es confidencial y se conserva la privacidad de los entrevistados. Se trata de explorar elementos que permitan llevar a cabo un análisis mediante las herramientas de formulario y entrevista personal. En ningún momento serán revelados nombres personales, toda esta información será empleada única y exclusivamente con fines académicos.

**1- Dirección**

Número de camas: \_\_\_\_\_ Uci: \_\_\_\_\_ Número de nutricionistas en la institución: \_\_\_\_\_

Cuenta con Coordinadora: \_\_\_\_\_

Qué tipo de contrato tienen: \_\_\_\_\_

Horarios de trabajo: \_\_\_\_\_ valor hora: \_\_\_\_\_

Promedio de pacientes hora: \_\_\_\_\_ Hospitalización \_\_\_\_\_ Uci \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Consulta externa \_\_\_\_\_ Tamizajes \_\_\_\_\_

La central de mezclas es propia o tercerizada? \_\_\_\_\_

Porque? \_\_\_\_\_

El servicio de alimentación es propio o tercerizado? \_\_\_\_\_

Porque? \_\_\_\_\_

Cuánto cuesta el día de alimentación? \_\_\_\_\_

Quien decide quién es el proveedor? \_\_\_\_\_

El tercerizador, vende servicios desde allí a más instituciones? \_\_\_\_\_

Quien usufructúa la cafetería del hospital? \_\_\_\_\_

Quien coordina esta cafetería \_\_\_\_\_

## 2- Estructura

A qué departamento pertenece nutrición: \_\_\_\_\_

Si nutrición es un proceso independiente, desde hace cuánto tiempo y como se hizo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Participa nutrición de los comités de toma de decisiones en la institución, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Qué modelo de gestión emplea la institución \_\_\_\_\_

## 3- Gestión Nutricional

Qué indicadores de gestión y calidad del servicio emplean: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tienen definidos objetivos, alcance, estructura y procesos por escrito de la atención nutricional?: \_\_\_\_\_

Porqué? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Conoce la Facturación anual de nutrición? \_\_\_\_\_

Que incluye esta facturación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Incluye sondas, catéter, procedimientos requeridos? \_\_\_\_\_

Quien decide los productos de nutrición enteral y parenteral a comprar? \_\_\_\_\_

Cuenta con centros de costos por servicio?: \_\_\_\_\_

Conoce la rentabilidad de su servicio?: \_\_\_\_\_ cuanto: \_\_\_\_\_

En que otros servicios aparte de hospitalización participa nutrición? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Y como se factura este servicio? \_\_\_\_\_

Realizan medición de los desperdicios de comida \_\_\_\_\_

Que promedio manejan \_\_\_\_\_

Reciben los miembros del grupo de soporte pagos diferentes por tiempo empleado en el grupo? \_\_\_\_\_

Sabe si se factura la revisión por el grupo con tarifa de médico especialista \_\_\_\_\_

Como lo hacen \_\_\_\_\_

Cada cuanto revisan pacientes \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nutrición participa en investigaciones? \_\_\_\_\_

Promedio anual de estas participaciones \_\_\_\_\_

**4- Asistencial**

Cada cuanto se supervisa nutrición enteral\_\_\_\_\_parenteral\_\_\_\_\_

Complementación oral\_\_\_\_\_

Quien tamiza a los pacientes y en que servicios:\_\_\_\_\_

Quien revisa ingesta en los pacientes:\_\_\_\_\_

Como se informa esta ingesta\_\_\_\_\_

Quien indica las dietas a los pacientes\_\_\_\_\_

Están los nutricionistas autorizados para formular nutrición \_\_\_\_\_

Quienes realizan las autorizaciones Mipres o Nopos\_\_\_\_\_

Cuenta con protocolos de nutrición\_\_\_\_\_

Existe flujograma de atención nutricional\_\_\_\_\_

Cuenta con grupo de soporte nutricional\_\_\_\_\_

Quienes lo conforman\_\_\_\_\_

Cada cuanto se monitoriza a los pacientes según la necesidad de soporte nutricional y quien establece estos parámetros.\_\_\_\_\_

Como se evalúa a los pacientes con complementación nutricional oral\_\_\_\_\_

Que fórmulas emplean\_\_\_\_\_

Qué tipo de seguimiento llevan\_\_\_\_\_

Incluye plan ambulatorio con complementación explique\_\_\_\_\_

**5- Paciente**

Quien ayuda a los pacientes con dificultades para comer\_\_\_\_\_

Quien revisa gustos y preferencias del paciente\_\_\_\_\_

Quien revisa intolerancias o alergias alimentarias\_\_\_\_\_

Realizan encuestas de satisfacción? \_\_\_\_\_

Cada cuanto lo hacen ?\_\_\_\_\_quien lo hace ?\_\_\_\_\_

Cuentan con actividades de hotelería hospitalaria, servicio de chef etc.\_\_\_\_\_

Que actividades\_\_\_\_\_

La atención nutricional incluye plan de egreso nutricional?\_\_\_\_\_

y que seguimiento del paciente se hace luego del alta hospitalaria\_\_\_\_\_

Se realizan encuestas sobre el proceso de atención nutricional a los pacientes\_\_\_\_\_

A los médicos \_\_\_\_\_ a las enfermeras\_\_\_\_\_

Hay disponibilidad de alimentación para pacientes y familias las 24 horas del día? explique\_\_\_\_\_

El paciente es informado el porqué de su dieta, explique\_\_\_\_\_

**6- Mercadeo**

Tiene nutrición identificado a su cliente interno ? \_\_\_\_\_quien es ?\_\_\_\_\_

Considera nutrición a los integrantes del equipo de salud como influenciadores en los resultados perseguidos por el servicio? \_\_\_\_\_

Explique \_\_\_\_\_

A quien considera como cliente externo de nutrición? \_\_\_\_\_

Que actividades realiza nutrición diferentes a las asistenciales, que generen valor en la atención al paciente? \_\_\_\_\_

Cuenta con sistemas de respuesta a quejas en el abordaje nutricional? \_\_\_\_\_

Explique \_\_\_\_\_

La oficina de mercadeo de la institución cada cuanto se comunica con nutrición? \_\_\_\_\_

En qué actividades desarrolladas por mercadeo durante el año participa nutrición? \_\_\_\_\_

Como se enteran los demás servicios del hospital sobre lo que nutrición hace? \_\_\_\_\_

Siente que el área administrativa no valora el esfuerzo de nutrición? \_\_\_\_\_

Quien elabora los informes de gestión de nutrición? \_\_\_\_\_

En su informe de gestión incluye facturación de productos y asistencial discriminado? \_\_\_\_\_

Indica claramente la rentabilidad del servicio en el informe? \_\_\_\_\_

Incluye ahorro en costos al sistema de salud por terapia nutricional suministrada en este informe? \_\_\_\_\_

Incluye conceptos de farmacoeconomía en el informe? \_\_\_\_\_

A quienes les presenta ese informe? \_\_\_\_\_

Incluye en el informe, las necesidades o expectativas del servicio nutricional? \_\_\_\_\_

A que compromisos se llegan luego del informe? \_\_\_\_\_

Emplea material impreso, infografías u otro medio para comunicar su informe antes de la reunión? \_\_\_\_\_

Qué tipo de capacitaciones ofrece en la institución nutrición \_\_\_\_\_

Como convoca o comunica nutrición estas capacitaciones a hacer? \_\_\_\_\_

Con que frecuencia le solicitan dietas o asesoría nutricional sin pago, a sus nutricionistas para el personal del hospital independiente del cargo que tengan \_\_\_\_\_

Qué tipo de intercambio de valor se logra con esa asesoría? \_\_\_\_\_

La relación con algunos servicios podría considerarse estratégica para el desarrollo del adecuado servicio de nutrición? \_\_\_\_\_

Que servicios? \_\_\_\_\_

Se apoya en laboratorios para realizar actividades educativas de nutrición en la institución? \_\_\_\_\_

Explique \_\_\_\_\_

Participa en convocatorias para concursos sobre nutrición en aspectos relacionados con su ejercicio profesional en la institución? \_\_\_\_\_

Conoce el concepto marca propia? \_\_\_\_\_

Como considera puede usarse en un servicio de nutrición clínica? \_\_\_\_\_

La comunidad en general de la ciudad conoce que hace un servicio de nutrición clínica? \_\_\_\_\_

Conocen los médicos asistenciales el impacto de la malnutrición en la recuperación de los pacientes? \_\_\_\_\_

Explique? \_\_\_\_\_

Como considera estos médicos podrían capacitarse más? \_\_\_\_\_

Los médicos de su institución han recibido capacitación en nutrición durante el último año? \_\_\_\_\_

Explique cual \_\_\_\_\_

Que actividades diferentes considera que nutrición podría realizar \_\_\_\_\_

Realizado por \_\_\_\_\_

Entrevistador \_\_\_\_\_

Anexo 2. Cuadro de Categorías

		Responsabilidad social: La organización cuenta con estrategias y/o programas de responsabilidad social que contemplan la dimensión nutricional para mejorar la salud de la población objeto de cumplimiento de su misión institucional.	La organización cuenta con un nivel de liderazgo para el despliegue del proceso de nutrición, integrado por personas que actúan de manera coordinada para implementar las estrategias, los programas, las intervenciones, las acciones y las iniciativas del abordaje nutricional en toda la organización.	El proceso de nutrición de la organización tiene definidos con claridad, sus objetivos (alineados con los objetivos estratégicos), el alcance, estructura, procesos, procedimientos e interrelaciones, que orientan la atención brindada a los pacientes, familia y cuidadores.	La organización cuenta con un sistema de información para evaluar los procesos de atención nutricional y utiliza los resultados de manera sistemática, para soportar, mejorar y validar la toma de decisiones clínicas.	La organización establece directrices en el abordaje nutricional para la educación, fomento del autocuidado y sensibilización de la importancia del cuidado nutricional al paciente, familia y cuidador, en donde se tenga en cuenta los gustos y preferencias del paciente, así como su participación en las decisiones del plan de cuidado nutricional.	La organización, con la participación de los líderes del proceso de nutrición, tiene definidas estrategias para identificar las necesidades de la organización en la dimensión nutricional (incluye cliente interno y externo), que propician la construcción de proyectos, programas y servicios, necesarios para responder a las necesidades identificadas.
		visión integral: La dimensión nutricional se ve reflejada en las políticas organizacionales de atención integral, calidad, atención centrada en el paciente, humanización, gestión de talento humano y de seguridad del paciente	contratación: tipo de contrato y valor hora o mes según el caso, duración del contrato, número de nutricionistas hace 5 años y hoy, De quien depende el servicio de nutrición, flujograma de procesos.	se realiza tamizaje nutricional? Quien y en que servicios, medición de gustos y preferencias, intolerancias, quien indica las dietas a los pacientes	La organización realiza análisis de los indicadores y sistemas de evaluación e involucra a los equipos clínicos que participan en los procesos de atención nutricional en estos ejercicios, como parte del aprendizaje organizacional.	Existen en la organización estrategias para desarrollar procesos de retroalimentación de acuerdo a las recomendaciones nutricionales planteadas, y de esta forma generar un aprendizaje organizacional sobre la dimensión nutricional que permita generar valor para el paciente.	Existen en la organización estrategias para desarrollar procesos de retroalimentación de acuerdo a las recomendaciones nutricionales planteadas, y de esta forma generar un aprendizaje organizacional sobre la dimensión nutricional que permita generar valor para el paciente.
		flujograma de procesos: Existe en la estructura de procesos de la organización un proceso de nutrición con objetivos y metas que aportan al cumplimiento de los objetivos estratégicos de la institución.	quien toma la decisión del proveedor del servicio de alimentos y compras de nutrientes enterales y parenterales y sus insumos, rentabilidad esperada de estos procesos.	quien y cada cuanto se revisa ingesta alimentaria y como se informa, quien apoya a los pacientes con dificultades para comer	Como parte del proceso de atención, desde el modelo nutricional, la organización cuenta con una estrategia, soportada en recomendaciones de la evidencia científica para identificar los pacientes con riesgo nutricional durante la estancia hospitalaria	la trazabilidad en la atención al paciente inicia en donde y hasta donde va, que le pasa al paciente luego del alta hospitalaria	Flexibilización de los horarios de acuerdo a horario personal y rutinas del paciente. Disponibilidad de alimentación para pacientes y familias las 24 horas del día.
		tipo de gerencia: La organización involucra a los líderes del proceso de nutrición en las instancias donde se analizan la información, los resultados y los logros organizacionales para la toma participativa de decisiones. (Ejemplo: participación en los comités de la organización).	misión y visión de la institución, informe de gestión, plan estratégico.	realizan medición de los desperdicios de comida, que promedio manejan, encuestas de satisfacción, hotelería hospitalaria, servicio de chef	El modelo de atención nutricional de la organización permite tomar una conducta nutricional acorde con los resultados de tamizaje o de las estrategias de identificación de riesgo nutricional en los pacientes hospitalizados, que se articula y genera valor a los procesos de atención de la institución y que incluye valoración nutricional, definición de un plan de cuidado con intervenciones basadas en las recomendaciones de la evidencia científica, tratamiento y seguimiento.	están adaptados los planes de alimentación a las necesidades, gustos y preferencias del paciente? Quien lo realiza, como es el seguimiento y los planes de mejora según lo encontrado	Diversidad en las opciones de alimentación para satisfacer los gustos y preferencias del paciente
		autorización de formulación: quienes formulan y monitorean el suministro de la nutrición enteral y parenteral	número de camas, tercerización de servicios, capacidad instalada	número de pacientes hora atendidos por nutrición, rentabilidad de el servicio de nutrición por consulta o seguimiento a pacientes	El Modelo de atención nutricional contempla un plan de egreso nutricional, que incluye el seguimiento ambulatorio, acorde con los requerimientos del paciente y la promoción de una cultura de autocuidado. El plan de egreso está fundamentado en la literatura y es concordante con las políticas organizacionales.	Disponibilidad de alimentación para pacientes y familias las 24 horas del día.	La organización evalúa la percepción de los pacientes, familias y cuidadores sobre la calidad de atención nutricional y realiza mejoramiento basado en el análisis y retroalimentación de los resultados de dicha evaluación.
		tipo de prestador: quien presta el servicio de alimentación, propio o subcontratado. La central de mezclas es propia o tercerizada	la prestación del servicio de alimentos es interna o externa y características	rentabilidad de los productos nutricionales, porcentaje de complementación nutricional oral realizada	Se hacen ejercicios que permiten correlacionar los resultados de desempeño de los procesos de atención nutricional con los resultados de la atención clínica en los que la evidencia ha demostrado impacto, a saber: mortalidad, complicaciones médicas prevenibles, estancia hospitalaria	Estrategias de comunicación en el proceso de atención (Ejemplo: rondas diarias) para fortalecer la educación personalizada y la escucha de la voz del paciente, familia y cuidadores, haciendo énfasis en las intervenciones nutricionales.	Encuesta de satisfacción en el abordaje de la dimensión nutricional
		costos servicio de comida: costos del día de alimentación y que incluye	alcance del nivel de atención, post-hospitalización	el servicio de alimentos vende servicios a otras instituciones o personas no hospitalizadas, quien coordina la cafetería del hospital, quien la usufructa	cuenta con grupo de soporte nutricional, quienes lo integran, cada cuanto hacen ronda y a que pacientes.	Algoritmo de atención nutricional de la institución, cada cuanto se monitoriza a los pacientes según la necesidad de soporte nutricional y quien establece estos parámetros.	Sistemas de respuesta a quejas en el abordaje nutricional.
		Población objeto: regimen de mayor proporción a atender % de subsidiado y contributivo	indicadores empleados para evaluar el servicio de nutrición, oportunidad, calidad, pertinencia, eficiencia	revisión del proceso de nutrición con los actores que intervienen directa o indirectamente en la ejecución, costos, facturación, recursos humanos, auditoría, seguridad del paciente, garantía de la calidad, dirección científica, farmacia, serv. de alimentos.	la atención nutricional incluye plan de egreso nutricional y que seguimiento del paciente se hace luego del alta hospitalaria	como se evalúa a los pacientes con complementación nutricional oral, que formulas emplean, que tipo de seguimiento llevan, incluye plan ambulatorio con complementación, quien realiza las autorizaciones, no pos o mipres.	La organización puede mostrar casos de éxito y/o experiencias exitosas derivadas de la evaluación de los procesos de atención nutricional y su correlación con los resultados de salud para el paciente, que sirvan como referente para otras organizaciones y para el país.
Aspectos externos	Percepción del servicio	encuestas de satisfacción, quejas o reclamos, certificaciones externas o reconocimientos					
	resolución habilitación	*Resolución 2003 de 2014 Resolución 5158 de 2015 Circular 0036 de 2015 Resolución 226 de 2015 Resolución 3678 de 2014 Resolución 2003 de 2014 Decreto 1011 de 2006 Resolución 4445 de 1996					
	resolución acreditación	Resolución 0123 de 2012					

## Anexo 3. Modelo de Mercadeo

## 1- Datos generales

Nivel de atención	1	2	3	4
Consulta externa	si	no	promedio pacientes hora	
Número de camas	hospitalización		UCI	UCIN
Promedio ingresos de pacientes diario				
Número de nutricionistas				
Horarios de trabajo				
Lunes a viernes			horas día de nutricionista	
Lunes a viernes			horas día de nutricionista	
Lunes a domingo			horas día de nutricionista	
Horas de supervisión por nutricionista al servicio de alimentos				

## 2- Facturación último año

Total facturado en fórmulas enterales y parenterales  
Equipos – sondas – filtros empleados en el suministro  
Procedimientos requeridos para el soporte nutricional  
Total facturado por códigos de nutrición ISS y SOAT  
Facturación servicio de alimentos

## 3- Atención nutricional

Cuenta con protocolos de nutrición enteral	si	no
Cuenta con protocolos de nutrición parenteral	si	no
Cuenta con algoritmo de atención nutricional	si	no

Porcentaje de pacientes tamizados  
Porcentaje de pacientes en riesgo que son interconsultados  
Porcentaje de pacientes clasificados con CIE10 nutricional

Porcentaje de pacientes con determinación dieta por nutricionista

Porcentaje de pacientes con nutrición enteral

Porcentaje de pacientes con nutrición parenteral

Porcentaje de pacientes con complementación nutricional oral

4- Normatividad que debe cumplir en nutrición

Habilitación

Acreditación

5- Informe de gestión

Cálculo del porcentaje de rentabilidad actual y proyectada

Necesidad de horas de nutrición según lo encontrado

Resumen de impacto en farmacoeconomía

Incumplimientos de normatividad

6- Plan de Mercadeo

Cliente interno (medicina interna, cirugía y UCI y UCIN)

Cliente externo

Pacientes – familiares – comunidad

Anexo 4. Matriz de comparación de instituciones

		DISEÑO METODOLÓGICO: GESTIÓN DE LA NUTRICIÓN CLÍNICA HOSPITALARIA							
Categorías		Misión - visión	Informe de gestión	Dirección	Estructura	Gestión nutricional	Asistencial	Paciente	Marketing
Hospital Sta. Sofía Nutricionista Diana Trejos	Manizales	Misión: Mantener y mejorar el estado de salud de la comunidad a través de la educación, el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno integral y la rehabilitación de las enfermedades de mediana y alta complejidad, promoviendo la humanización del servicio y la seguridad del paciente como pilares del proceso de atención. Ser centro de formación y entrenamiento para el personal humano del sector salud y participar en el desarrollo de actividades de investigación en salud, propendiendo con esto a mejorar permanentemente los estándares de calidad.	el último informe con fecha a enero 2018 está enfocado a medidas anticorrupción y de transparencia, al igual informa planes de mejora a nivel de enfermería solamente	Dirección: Calle 6 No. 40-02 Barrio Asturias - Manizales, Caldas. Teléfono: PBX: (07-618879200 - 8932750 - 8932640 -	<a href="http://www.santasofia.com.co/sx/phocadownload/Plataforma-estrategica/Organograma/Organograma Funcional Aprobado por Acuerdo 003-del-10-de-Junio-de-2015-ese-hospital-departamental-universitario-santa-sofia-de-caldas.pdf">http://www.santasofia.com.co/sx/phocadownload/Plataforma-estrategica/Organograma/Organograma Funcional Aprobado por Acuerdo 003-del-10-de-Junio-de-2015-ese-hospital-departamental-universitario-santa-sofia-de-caldas.pdf</a>	no existe como proceso, solo es considerado como una actividad asistencial cuenta con 3 nutricionistas que dependen de diferentes áreas, dificultando el trabajo	cuenta con grupo de soporte nutricional, tiene alto reconocimiento dentro de la institución y fuera de ella	se hace encuesta de satisfacción de la comida suministrada cada 3 meses, no se tiene en cuenta gustos o preferencias, el servicio de alimentos es tercerizado	la oficina de marketing se limita a realizar comunicación de prensa y página web
Hospital Méderi Nutricionista Olga Pinzón	Bogotá	Misión: Transformamos la sociedad al generar bienestar y felicidad a través de innovación, conocimiento y humanización en el sector salud. Vision: Seremos reconocidos como una organización del conocimiento, líder en el sector salud, que busca siempre mejorar la calidad de vida de las personas a partir de la atención integral.	Fecha 2016 incluye contenido del área nutricional y en general el paciente es el centro de toda actividad, teniendo en cuenta conceptos de farmacoeconomía	Hospital Universitario Mayor Calle 24 # 20-45 Bogotá, Colombia. Computador: +57 1 5609529 Hospital Universitario, Barrios Unidos Calle 66# # 32-26 Bogotá, Colombia Computador: +57 1 4855929	no aparece en la página	es un proceso, se incluye en la página web, realiza la mejor gestión del país. Cuenta con 16 nutricionistas y 1 coordinadora	cuenta con grupo de soporte nutricional, tiene alto reconocimiento dentro de la institución y fuera de ella esta presente desde hospitalización, consulta externa y hospital en casa,	se hace encuesta de satisfacción de la comida suministrada cada 3 meses, si se tiene en cuenta gustos o preferencias, y el servicio de alimentos es tercerizado	
fundación San Vicente Nutricionista Ana María	Rio Negro	Misión: El Hospital Universitario de San Vicente Fundación es una institución privada sin ánimo de lucro que presta servicios de salud con énfasis en la atención del paciente de alta complejidad que no tiene acceso a ella. Destina su esfuerzo económico para quienes, necesitando servicios, no pueden pagar por ellos. Realiza su tarea con sentido humano, enfoque integral, calidad y ética, con personas íntegras y comprometidas. Participa en la formación del talento humano y en el desarrollo de investigación en salud para contribuir a la generación de conocimiento. En el 2017, el Hospital Universitario de San Vicente Fundación seguirá siendo una entidad sustentable en cuatro pilares fundamentales: Responsabilidad Social; Responsabilidad Ambiental; Sostenibilidad Técnica; y, Sostenibilidad Económica. Vision: Será reconocido como un centro de referencia para la prestación de servicios de salud de alta complejidad. De cara a la especialización y la diferenciación, estará consolidando las rutas de desarrollo de 3 centros de excelencia.	<a href="https://issuu.com/sanvicentofundacion/docs/2017_informe-sostenibilidad_hospital157">https://issuu.com/sanvicentofundacion/docs/2017_informe-sostenibilidad_hospital157</a> incluye contenido de cada área y servicios, con énfasis en la atención humana y adecuada	Km 2-3 Vía Aeropuerto - Llanogrande, Med - Rio Negro	<a href="http://hospitaluniversitario.sanvicentofundacion.com/alternos/organograma.pdf">http://hospitaluniversitario.sanvicentofundacion.com/alternos/organograma.pdf</a>		cuenta con grupo de soporte nutricional, tiene alto reconocimiento dentro de la institución y fuera de ella		
Clínica Imbanaco Nutricionista Luisa Torres	Cali	Misión: Ser la organización de salud preferida por sus clientes, sus colaboradores y sus inversionistas, por la calidad y la seguridad en la atención que ofrece a sus pacientes, por contar con uno de los mejores grupos de profesionales, por patrocinar la participación, la iniciativa y la creatividad de los colaboradores, por proporcionar un excelente lugar de trabajo para sus socios, por el apoyo a la investigación científica, por garantizar la estabilidad de la empresa, por contar con el apoyo de excelentes proveedores y por su impacto positivo en la comunidad. vision: Ser la organización de salud líder en servicio al cliente por garantizar la seguridad de sus pacientes y la calidad en la atención, y por incorporar la investigación científica que nos permitan convertirnos en centro de referencia nacional e internacional	solo muestra el plan de gestión ambiental	Carrera 38 A No. 5A 100	<a href="http://rankinbanacomericaeconomia.info/as/ses/12_3organograma.pdf">http://rankinbanacomericaeconomia.info/as/ses/12_3organograma.pdf</a> no menciona a nutrición.		cuenta con grupo de soporte nutricional, tiene alto reconocimiento dentro de la institución y fuera de ella		
Hospital militar Nutricionista Ana Milena	Bogotá	<a href="http://www.hospitalmilitar.gov.co/sites/default/files/varios/OBJETIVOS%20MAPA%20ESTRATEGICO_0.pdf">http://www.hospitalmilitar.gov.co/sites/default/files/varios/OBJETIVOS%20MAPA%20ESTRATEGICO_0.pdf</a>	<a href="http://www.hospitalmilitar.gov.co/content/informe-de-gestion-2015-no-menciona-ningun-componente-de-la-atencion-nutricional">http://www.hospitalmilitar.gov.co/content/informe-de-gestion-2015-no-menciona-ningun-componente-de-la-atencion-nutricional</a>	Tv. 3 No. 49-02 BOGOTÁ D.E. - COLOMBIA	<a href="http://www.hospitalmilitar.gov.co/institucional/el-hospital-estructura-organica">http://www.hospitalmilitar.gov.co/institucional/el-hospital-estructura-organica</a>		cuenta con grupo de soporte nutricional, tiene alto reconocimiento dentro de la institución y fuera de ella		la oficina de marketing se limita a realizar comunicación de prensa y página web
Clínica Somer Nutricionista Diana Vasquez	Rio Negro	Misión: Corazón y excelencia al servicio de tu bienestar. vision: En el 2020, la Clínica Somer será reconocida a nivel nacional e internacional, por su integralidad, gestión del conocimiento, humanización, altos estándares de calidad y generación de valor.	<a href="https://www.clinicasomer.com/images/pdf/informe_de_sostenibilidad.pdf">https://www.clinicasomer.com/images/pdf/informe_de_sostenibilidad.pdf</a>	Calle 38 No. 54A-35 Rio Negro - Antioquia	no aparece en página		cuenta con grupo de soporte nutricional, tiene alto reconocimiento dentro de la institución y fuera de ella		
Hospital San José Nutricionista Dora Tijaro	Bogotá	Misión: La Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital de San José es una organización privada sin ánimo de lucro, de carácter asistencial y universitario con más de un siglo de experiencia y tradición, que presta atención integral con estándares superiores de calidad brindando la mejor experiencia para el paciente y su familia, y promueve la docencia e investigación en beneficio de la comunidad. vision: Seremos reconocidos como entidad líder en la seguridad y satisfacción del paciente por su excelencia en las especialidades médicas y quirúrgicas de alta complejidad, apoyado en la docencia e investigación, la gestión empresarial, y las alianzas estratégicas.	<a href="https://issuu.com/hospitaldeasantosjose/docs/estados_financieros_8_nov_2016_pw">https://issuu.com/hospitaldeasantosjose/docs/estados_financieros_8_nov_2016_pw</a>	Dirección: Carrera 18 No. 10-79 Bogotá, Colombia	no aparece en la página		cuenta con grupo de soporte nutricional, tiene alto reconocimiento dentro de la institución y fuera de ella		la oficina de marketing se limita a realizar comunicación de prensa y página web
Clínica Reina Sofía Nutricionista Yani Lozano	Bogotá	Nuestra misión es ofrecer la prestación de servicios de salud con altos estándares de calidad para el cuidado integral de los pacientes, con el propósito de contribuir en su bienestar y el de la comunidad, a través de infraestructura con recursos de alto nivel tecnológico y científico. Fomentando el desarrollo para nuestros empleados, profesionales de la salud y proveedores, manteniendo el crecimiento económico de la Organización.	solo aparece informe de estados financieros y sostenibilidad	Carrera 21 No. 127 - G3.	no aparece en la página		cuenta con grupo de soporte nutricional, tiene alto reconocimiento dentro de la institución y fuera de ella	se hace encuesta de satisfacción de la comida suministrada cada 3 meses, si se tiene en cuenta gustos o preferencias, y el servicio de alimentos es tercerizado	

Anexo 5. Consolidado formulario e instituciones

		Formulario de recolección de información Gestión de la nutrición clínica hospitalaria							
Institución:		H. Santa Sofia	Hospital Méderi	Fundación San Vicente	Clinica Imbanaco	Hospital militar	Clinica Somer	Hospital San José	Clinica Reina Sofia
Categoría	Pregunta								
Información general	Año de fundación de la institución							1983	
	Años de constituida							35	
	Nombre del entrevistado	Nutricionista Cristina Correa	Nutricionista Olga Pinzón	Nutricionista Ana María Jallier	Nutricionista Luisa Torres	Nutricionista Ana Milena Henao	Nutricionista Diana Vasquez	Nutricionista Dora Tijaro	Nutricionista Yani Lozano
	Cargo	Nutricionista hospitalización	coordinador nutrición	nutricionista grupo de soporte	Nutricionista grupo de soporte	Nutricionista grupo de soporte	lider de nutrición		
	Fecha	21/02/2018		28/02/2018	24/02/2018	26/02/2018	13/03/21018		
	Barrio	asturias	bogotá	Rionegro	calli	bogotá			
	Dirección	dli 5 # 40-02	dli 24 # 29 - 45	km 2.3 via aerouerto Ulanogrande	cr 38 - 5A - 100	Tv 3 - 49-02	dli 38 # 54 A - 35		
	Sector empresarial	salud	salud	salud	salud	salud	salud	salud	salud
	Pública privada mixta	pública	pública	pública	privada	pública	privada		
	Distribución porcentual de regímenes a atender Subsidiado Contributivo Especial	9 91% C 8% E 1%		no sabe, pero ven de los 3		100% especial	no sabe		
Dirección	Número de camas	149		176	351	800		220	
	Uci camas	27		14	30	28		14	
	Número de nutricionistas en la institución	3		4	4	15		7	
	Cuenta con Coordinadora	si Verbalmente		no	no	si	si		
	Qué tipo de contrato tienen	prestación de servicios		término fijo	prestación de servicios	4 de planta y 11 por prestación de servicios	término indefinido		
	Horarios de trabajo	6 horas día cada una am		lunes a viernes 7 am a 5 pm	lunes a viernes en la am	lunes a sábado de 6 am a 2:30 pm	8 horas día		
	valor hora	\$27.007				\$ 2 800.000			
	Promedio de pacientes hora Hospitalización	3		no tienen	no saben	50 pacientes en promedio en 9 horas .n.d. grupo soporte	3		
	Uci	3		no tienen	no saben		3		
	Consulta externa	3		no tienen	no saben		2		
	Tamizajes	5		no tienen	no saben		5		
	La central de mezclas es propia o tercerizada?	propia		corpaul medellin propia	propia	tercerizada	propia		
	Porque	más rentable		mas costo beneficio	mas costo beneficio	era costoso adecuar la que tenían	mas rentable		
	El servicio de alimentación es propio o tercerizado?	tercerizado		tercerizado	tercerizado	tercerizado	tercerizado		
	Porque	por no tener la estructura administrativa para esto		mas costo beneficio	no es funcion misional	por no tener la estructura administrativa para esto	no hay espacio para adecuarlo		
	Cuánto cuesta el día de alimentación	\$18.000		no sabe		\$24.000	\$40.000		
	Quien decide quién es el proveedor	gerencia + jurídica + financiera		compras, po licitación	gerencia + dirección médica + n.d. socia	jurífica por licitación pública	gerencia + dirección + lider nutrición		
	El tercerizador, vende servicios desde allí a más instituciones	no		no	no	no	no		
Quien usufructa la cafetería del hospital	el proveedor del servicio		el proveedor del servicio	el proveedor del servicio	el proveedor del servicio	no hay cafetería			
Quien coordina esta cafetería	un ingeniero de alimentos		el proveedor del servicio	el proveedor del servicio	un ingeniero de alimentos				
A qué departamento pertenece nutrición	procesos asistenciales		apoyo dx y terapéutico	a gerencia médica	dirección médica	dirección médica			
Estructura	Si nutrición es un proceso independiente, desde hace cuánto tiempo y como se hizo			aun no lo es	aun no lo es				
	Participa nutrición de los comités de toma de decisiones en la institución, explique	contrato actual no lo permite		si, grupo primario, uci, seguridad, gestión de resultados	si	si, en algunas juntas	solo los que competen al area		
	Qué modelo de gestión emplea la institución	no sabe		no sabe	no sabe	no sabe	no sabe		

Gestión nutricional	Qué indicadores de gestión y calidad del servicio emplean	1- atención oportuna a interconsultas 2- sobranes del servicio de alimentación 3- evaluación de ingesta 4- tamizajes nutricionales	1- inicio temprano en uci 2- grmaje adecuado en porciones 3- proporción pacientes interconsultados vistos por nutrición 4- riesgos con el proceso de nutrición 5- proporción de tamizados del total de ingresos 6- pacientes tamizados que son interconsultados	están organizando	1- tiempos de respuesta a interconsulta 2- euacion de aporte nutricional 3- días de manejo en soporte nutricional	los asistenciales	
	Tienen definidos objetivos, alcance, estructura y procesos por escrito de la atención nutricional	si	si	están organizando	si	solo en protocolos de nutrición enteral y ntp	
	Porqué?	saber para donde se va	se busca que nutrición sea la cuarta política institucional		por organización	no se ha hecho más	
	Conoce la Facturación anual de nutrición	no	no	no	no		
	Que incluye esta facturación	n. enteral y parenteral, sondas	n. enteral y parenteral	están organizando	n. enteral y parenteral y seguimiento		
	Incluye sondas, catéter, procedimientos requeridos	cateter y procedimiento no	no sabe la idea es incluirlo dentro de facturacion por grupo de soporte	están organizando	no		
	Quien decide los productos de nutrición enteral y parenteral a comprar	nutricionistas	nutricionistas	nutricionistas	n.d. y grupo de soporte	lider de nutrición	
	Cuenta con centros de costos por servicio	no	si	no	si	no	
	Conoce la rentabilidad de su servicio cuanto	hasta hace 1 año 25% promedio	no	no	si	no 25%	
	En que otros servicios aparte de hospitalización participa nutrición	5. alimentos y consulta externa	consulta externa, clinica de obesidad, staff de trasplantes, clinica de adicciones	consulta externa - particular	c. externa	consulta externa	
	Y como se factura este servicio?	por horas de asesoría y por código eps	no sabe	por código y tarifa particular	código de eps	por interconsulta	
	Realizan medición de los desperdicios de comida	si	si	si	no sabe	no, la empresa contratista lo hace	
	Que promedio manejan	3%	no sabe	no sabe			
	Reciben los miembros del grupo de soporte pagos diferentes por tiempo empleado en el grupo	si el médico, solamente	no	si, se divide utilidad entre los 4 del grupo	si	no hay grupo de soporte	
	Sabe si se factura la revisión por el grupo con tarifa de médico especialista	si	no	si	si		
	Como lo hacen	código especialista	no sabe	código especialista	código especialista		
	Cada cuanto revisan pacientes	diario n. enteral y parenteral, complementacion interdario en pisos , uci diario todo	diario	diario	diario		
	Nutrición participa en investigaciones	si	si	si	si		
Promedio anual de estas participaciones	2		4	2	2 o 3		
Cada cuanto se supervisa nutrición enteral	diario	diario	diario	diario	diario		
Nutrición parenteral	diario	diario	diario	diario	diario		
Complementación oral	diario o interdario según servicio	a necesidad	diario	diario			
Quien tamiza a los pacientes y en que servicios	nutrición solo aveces	enf. Jefes	2 auxiliares de enfermería	n.d.	auxiliares de nutrición		
Quien revisa ingesta en los pacientes	auxiliares de enfermería	aun sin iniciar	organizando	n.d.	nutricionista y auxiliares de enfermería		
Como se informa esta ingesta	menos del 75% a medico tratante	la idea es que el sistema genere una alerta al medico	organizando	a médicos y genera interconsulta	al medico		
Quien indica las dietas a los pacientes	médicos, nutrición solo si se interconsulta	enfermería, sino está interconsultado	médicos, nutrición solo si se interconsulta	n.d.	jefes enfermería, médicos o nutricionista		
Están los nutricionistas autorizados para formular nutrición	si	si	si	no			
Quienes realizan las autorizaciones Mipres o Nopos	nutricionistas	nutricionistas	nutricionistas	no realizan por ser régimen especial			
Cuenta con protocolos de nutrición	si	si	si	si	si		
Existe flujograma de atención nutricional	si	si	si	si	si		
Cuenta con grupo de soporte nutricional	si	si	si	si	no		
Quienes lo conforman	n.d. md+medico espec. Enfermera jefe	n.d. Cx. enf. Jefe Qf	n.d. y 3 médicos especialistas	médico, n.d. y jefe de enfermería			
Cada cuanto se monitoriza a los pacientes según la necesidad de soporte nutricional y quien establece estos parámetros	diario n.enteral y parenteral y las nutricionistas los establecen	2 veces a la semana	diario n.enteral y parenteral y las nutricionistas los establecen	diario y el grupo de soporte lo establece	el médico o el resultado del tamizaje		
Como se evalúa a los pacientes con complementación nutricional oral	interdario en pisos, diario en uci, + historia clínica y peso semanal	según necesidad	diario	diario	consumo y tolerancia		
Que fórmulas emplean	poli y oligoméricas líquidas	poli y oligoméricas líquidas	poli y oligoméricas líquidas	poli y oligoméricas y modulos	líquidas industrializadas		
Qué tipo de seguimiento llevan	interdario	según necesidad	diario	diario			
Incluye plan ambulatorio con complementación explique	si es vía gastrostomía si, de lo contrario se da orden para consulta externa	no solo para gastrostomía o suplement	incluye plan con junta médica	si con todo si lo requiere	no		

Paciente	Quien ayuda a los pacientes con dificultades para comer	aux. enfermería y acudientes si se autoriza		aux. enfermería y acudientes si se autoriza	aux. enfermería y acudientes si se autoriza	aux. enfermería y acudientes si se autoriza	aux. enfermería o acompañantes		
	Quien revisa gustos y preferencias del paciente	nadie		nutrición solo si se interconsulta	nutrición solo si se interconsulta	n.d.	nutricionista		
	Quien revisa intolerancias o alergias alimentarias	nadie		nutrición solo si se interconsulta	nutrición solo si se interconsulta	n.d.	nutricionista		
	Realizan encuestas de satisfacción	si		si	si	no	no		
	Cada cuanto lo hacen	eventualmente		mensual	no sabe	no sabe			
	quien lo hace	servicio de alimentos		s. de alimentos y experiencia del paciente	servicio de alimentos				
	Cuentan con actividades de hotelería hospitalaria, servicio de cheff etc	no		si	si	no sabe	no		
	Que actividades			cheff, room service, carta menú, todo por experiencia del paciente	adecuar dieta por interconsulta, van del servicio de alimentos a preguntar				
	La atención nutricional incluye plan de egreso nutricional	solamente a los que nutrición interconsultan		no solo si se interconsulta	no	si, siempre	solo algunos casos		
	y que seguimiento del paciente se hace luego del alta hospitalaria	ninguno, orden de interconsulta para EPS		remisión a EPS	remisión a EPS	remisión a consulta externa	remisión a Eps		
	Se realizan encuestas sobre el proceso de atención nutricional a los pacientes	no		si, en cuanto aceptación de dieta	no	no	no		
	A los médicos	no		no	no	no	no		
	a las enfermeras	no		no	no	no	no		
Hay disponibilidad de alimentación para pacientes y familias las 24 horas del día?	no, solo de día		si	si	solo de día y cafetería si 24 horas	no			
El paciente es informado el porqué de su dieta, explique	no, solamente a los que ve nutrición		no solo si es interconsultado a nutrición	nutrición solo si se interconsulta	por médicos o n.d.	la nutricionista le informa los cambios			

	Tiene nutrición identificado a su cliente interno	si		no sabe	si		no		
	quién es	servicios de hospitalización			los médicos que solicitan la interconsulta		el paciente		
	Considera nutrición a los integrantes del equipo de salud como influenciadores en los resultados perseguidos por el servicio	si		si	si		no		
	Explique	el trabajo en equipo es un engranaje		experiencia del paciente busca satisfacción y requiere a nutrición al igual e's, alimentos para explicarle que debe hacer, y la remisión a nutrición por parte de medicos es necesaria y un buen servicio mehora el reconocimiento del hospital	de ellos depende que realicen la interconsulta a tiempo		ellos remiten a nutrición		
	A quien considera como cliente externo de nutrición	pacientes		no sabe	pacientes y familia		consulta externa y familiares	pacientes	
	Que actividades realiza nutrición diferentes a las asistenciales, que generen valor en la atención al paciente	ninguna		charlas educativas en centros comerciales y colegios de la región, programas radiales	educación, visita en pop de cx barátrica		charlas a equipo de salud, esta empezando	educación	
	Cuenta con sistemas de respuesta a quejas en el abordaje nutricional	no		si	si		no	no	
	Explique			segun se requiera por el paciente	si se requiere, se va a revisar				
	La oficina de mercadeo de la institución cada cuanto se comunica con nutrición	nunca		si	nunca		nunca	ocasionalmente	
	En qué actividades desarrolladas por mercadeo durante el año participa nutrición	ninguna		cada que hay charla mensual en centros comerciales y en la emisora	ninguna, ofrece paquetes donde nutrición está incluida como chequeo ejecutivo y atención a extranjeros		ninguna	1 o 2	
	Como se enteran los demás servicios del hospital sobre lo que nutrición hace	voz a voz de la nutricionista		por boletines mensuales y en el informe anual	coneducación médica en general y participación en comites		por el sistema de ordenamiento de dietas	por los comites	
	Siente que el área administrativa no valora el esfuerzo de nutrición	si, no lo valora		si	si lo valora, están apoyando		si valora	si	
	Quien elabora los informes de gestión de nutrición	las nutricionistas, pero nadie los ve		se lo rotan las nutricionistas	n.d. uci		coordinación de nutrición	no realizan informes de gestión	
	En su informe de gestión incluye facturación de productos y asistencial discriminado	si		no	si		si		
	Indica claramente la rentabilidad del servicio en el informe	si		no	si		si		
	Incluye ahorro en costos al sistema de salud por terapia nutricional suministrada en este informe	no		no	si, como uso de sistemas cerrados		por abbott se ayudo a contratar mas nutricionistas		
	Incluye conceptos de farmacoconomía en el informe	si		no	si,		por abbott se ayudo a contratar mas nutricionistas		
	A quienes les presenta ese informe	direccion científica, seguridad del paciente		gerencia, coor. Medico y representante de cada grupo	direccion médica, financiera y administrativa		al general que dirige todo y coordinador médico		
	Incluye en el informe, las necesidades o expectativas del servicio nutricional	si		si	si		si		
Marketing	A que compromisos se llegan luego del informe	ninguno		según necesidades	contar con lo que necesitemos, por ser autosostenible		a compromisos de necesidades		
	Emplea material impreso, infografías u otro medio para comunicar su informe antes de la reunión	no		no	no		no		
	Qué tipo de capacitaciones ofrece en la institución nutrición	contenido de uso clínico		aun no se hace	de tipo asistencial		ninguna aun	educativas en nutrición	
	Como convoca o comunica nutrición estas capacitaciones a hacer	por alta voz			por medio del coordinador médico			comunicaciones se encarga	
	Con que frecuencia le solicitan dietas o asesoría nutricional sin pago, a sus nutricionistas para el personal del hospital independiente del cargo que tengan	frecuentemente		todos los dias	todo el tiempo		no es tan usual por el ambiente militar	frecuentemente	
	Qué tipo de intercambio de valor se logra con esa asesoría	nada, solo es un favor		ninguno, la gente no lo valora	no sirve para nada, no valoran el trabajo		no sirve para nada	ninguna	
	La relación con algunos servicios podría considerarse estratégica para el desarrollo del adecuado servicio de nutrición	si		si	si		si		
	Que servicios	coordinadores de los servicios		cx, uci, m. interna	coordinación médica		si general y medicina interna		
	Se apoya en laboratorios para realizar actividades educativas de nutrición en la institución	si		no	si		si	si	
	Explique	por el material y recursos			por tiempo para realizar actividades, pero prefieren no emplearlos por objetividad		capacitaciones	patrocinios o capacitaciones con expertos	
	Participa en convocatorias para concursos sobre nutrición en aspectos relacionados con su ejercicio profesional en la institución	si		si	si		no	no	
	Conoce el concepto marca propia	si		mas o menos	más o menos		si	no	
	Como considera puede usarse en un servicio de nutrición clínica	con el trabajo en general		no sabe	explotando la gastronomía hospitalaria		no sabe por el tipo de hospital		
	La comunidad en general de la ciudad conoce que hace un servicio de nutrición clínica	no		no	no mucho		no	no	
	Conocen los médicos asistenciales el impacto de la malnutrición en la recuperación de los pacientes	si		si	si		si	algunos el 50%	
	Explique	por capacitaciones recibidas		interconsultan más	por la educación dada por nutrición		se les ha dicho		
	Como considera estos médicos podrían capacitarse más	depende del interes que tengan		cursos virtuales de nutrición	con más capacitaciones		conociendo el manual de dietas y el concepto de dieta		
	Los médicos de su institución han recibido capacitación en nutrición durante el último año	si		no	si, por la n.d. de uci		no	no	
	Explique cual	nutrición cuidado critico, tnt, cancer y clinica en general			n.d. uci				
	Que actividades diferentes considera que nutrición podría realizar	manejar el proceso de nutrición		tamizaje nutricional para los empleados	asistencia al personal médico, pero por trámites de migres no queda tiempo para nada más.		campañas para pacientes y empleados		
	Entrevistador	Diana Trejos		Diana Trejos	Diana Trejos		Diana Trejos	Diana Trejos	Diana Trejos