



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Transformación organizacional en el Hospital Universitario Nacional de Colombia (HUN). Una propuesta de innovación

Luis Fernando Niño Sánchez

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ingeniería, Departamento de Ingeniería de Sistemas e Industrial

Bogotá, Colombia

2020

Transformación organizacional en el Hospital Universitario Nacional de Colombia (HUN). Una propuesta de innovación

Luis Fernando Niño Sánchez

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título de:

Magister en Ingeniería Industrial

Director (a):

PhD Sonia Monroy Varela

Codirector (a):

PhD Karen Lange Morales

Línea de Investigación:

Gestión de la innovación y transformación organizacional

Grupo de Investigación:

COMPLEXUS

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ingeniería, Departamento de Ingeniería de Sistemas e Industrial

Bogotá, Colombia

La resiliencia

Es el resultado de una historia, sentido del hogar, tener ancestros increíbles que no pararon de luchar, resistir a una vida de adversidades llenando sus corazones de coraje y ganas de avanzar.

La capacidad de decisión por querer algo mejor, por tener una casa, la del Abuelo que con sus manos transformó una montaña desde donde se pudiera ver, lo grandioso que es estar unidos junto al arcoíris.

El sentido que cobra arriesgar, creer en el instinto de las cosas inexplicables que conducen la existencia, corroborar que somos más que seres que habitan un lugar, para creer en la conexión que tenemos con los demás, que llevamos la historia en nuestros genes para materializarla en nuestros actos.

El ímpetu de creer que los caminos se encontrarán, las decisiones al final serán las indicadas, sentir, pensar que se puede conectar con más personas si hay más fonemas para transmitir y corazones que influir. Nada tendría sentido sin la confianza de las personas que ocupan nuestra existencia más próxima.

Las noches enteras hablando sobre los textos, las comidas llenas de cariño mientras ocurría el cansancio constante de las ideas, las palabras de ánimo que parecían no ayudar. Todo funciona al final, para comprender que ella nunca dejara de amar, lo que eres por naturaleza y por historia...Gracias Mamá.

Entre las decisiones esenciales de la vida mi mamá tuvo la consciencia de dejar que me acompañarán otras mamás, que hicieran posible una vida con raíces diversas, a mi Tía Martha que está en la esencia de todos desde alguna estrella, a mi Tía Mercedes que ha acompañado la esencia de más de tres generaciones, a mi Tía María por querer siempre lo mejor y a mi Abuela Teresa, que con la sabiduría hecha años siempre está más cerca de las estrellas para cuidar de todos.

Expreso mis agradecimientos...

A la Universidad Nacional de Colombia, que es y será el mejor escenario de aprendizaje que pude vivir.

Al Hospital Universitario Nacional y todos los funcionarios que accedieron a compartir sus experiencias, opiniones y tiempo para desarrollar esta investigación, por permitirme acompañarlos en sus labores y apoyarme con mi proceso formativo.

A la profesora Sonia Monroy quien como directora ha contribuido a la integralidad de mis intenciones académicas y profesionales, a la profesora Karen Lange que me instruyó en el mundo de la investigación hospitalaria y contribuyó a los cambios de paradigma sobre lo que puede llegar ser la profesión del diseño, en el mundo científico y académico.

A toda mi familia, especialmente a Miguel, Santiago y Camila, que siempre están ahí para aprender y escuchar los mensajes que quiero darles todos los días, con la intención de que crean firmemente en la academia.

VIII

A mis amigos: Camilo, Simón y Juan por siempre escuchar la serie de discursos lógicos e ilógicos, que hacen posible el encuentro de los pensamientos y las conjeturas para poder crecer intelectual y espiritualmente.

Finalmente, agradezco a aquella persona que se tome el tiempo de leer este documento, en donde con intención o sin ella, he compartido una parte de lo que me configura como ser humano.

Resumen

La presente investigación de maestría corresponde a los resultados de la investigación realizada en torno a la Transformación organizacional en un hospital universitario, en el primer semestre de 2019. El objetivo general consistió en proponer estrategias de transformación del sistema organizacional del Hospital Universitario Nacional en función del mejoramiento de sus acciones, a partir de las prácticas de los actores involucrados en la implementación de la política actual. Este fue un estudio de tipo cualitativo interpretativo que desde lo teórico se aproxima a partir de la revisión bibliográfica de la investigación e innovación hospitalaria, desde lo metodológico aplica el mapeo colectivo, la etnografía en la práctica y el sistema socio-técnico, y finalmente, a través de la investigación participante consolida una serie de estrategias de transformación enfocadas al contexto.

La etapa diagnóstica presenta los resultados del trabajo de campo, el abordaje de las prácticas, la investigación desde el enfoque participante, concluyendo con el diseño y análisis de un taller piloto para fomentar la transformación organizacional.

Las estrategias finales son construidas a partir de la evidencia recogida teóricamente y, mediante la participación en un proceso transversal de la institución, dan cuenta de los elementos considerados de suma importancia, la integración interna y con otras disciplinas, la participación y el trabajo en equipo.

Se pretende que la institución tenga en cuenta la perspectiva presentada, consecuente con los retos actuales del entorno hospitalario, la complejidad de las instituciones y la integración de diversos abordajes teórico-prácticos.

Palabras clave: Transformación organizacional, Innovación hospitalaria, investigación hospitalaria, estrategia de transformación.

Transformación organizacional en el HUN

Abstract

This master's thesis corresponds to the results of the research carried out around the Organizational Transformation in a University Hospital, during the first half of 2019. The general objective was to propose transformation strategies of the organizational system of the National University Hospital seeking to improve its actions, based on the practices of the actors involved in the implementation of the current policy. This was a qualitative interpretive study that, from a theoretical approach based on the review of hospital research and innovation, from the methodological applied to collective mapping, ethnography in practice and the socio-technical system, and finally to Through participant research, it consolidates a series of transformation strategies focused on the context.

The diagnostic stage presents the results of the field work, the approach to the practices and the research from the participant approach that concludes with the design and analysis of a pilot workshop to promote the organizational transformation.

The final strategies are constructed from the evidence collected theoretically and through participation in a transversal process of the institution, the account of the most important elements affected, internal integration and with other disciplines, participation and teamwork.

It is intended that the institution takes into account the perspective presented, built around the current challenges of the hospital environment, the complexity of the institutions and the integration of various theoretical and practical approaches.

Keywords: Organizational transformation, hospital innovation, hospital research,

Transformation strategy.

Transformación organizacional en el HUN

Contenido

Resumen	9
Abstract	11
Contenido	14
Lista de figuras	16
Lista de <i>tablas</i>	18
Introducción	20
1. Introducción al Problema de investigación.	25
1.1 Reseña Histórica del Hospital Universitario Nacional.	25
1.2 Problema de investigación y objetivo.	26
2. Investigación e innovación en Hospitales (Estructura teórica)	29
2.1 Panorama actual hospitalario.....	29
2.1.1 Retos actuales y tendencias a nivel organizacional.....	29
2.1.2 Algunos Hospitales representativos.....	40
2.2 Innovación Hospitalaria.....	59
2.2.1 Hospital como escenario complejo de innovación	64
2.3 Conocimiento en Hospitales ¿Cómo Fluye?	69
2.4 ¿Qué es la transformación organizacional?	72
2.4.1 El concepto de estrategia.	81
2.5 Abordaje conceptual del trabajo de campo.	82
3. Recorrido de Investigación. (Construyendo un esquema de trabajo).....	87
3.1 Diseño metodológico	87
3.2 Investigando desde la participación en la organización.....	90
3.3 Reuniones de participación	102
4. Estrategias de Transformación Organizacional. “Propuesta”	119

4.1	Estrategia I.....	123
4.2	Estrategia II.....	127
4.3	Estrategia III.....	133
4.4	Estrategia IV	135
	Conclusiones y recomendaciones.....	139
	Referencias.....	144
	Anexo 1. Acta de Reunión (Ajuste de trabajo de campo)	155
	Anexo 2. Formatos de caracterización de procesos	157
	Anexo 3. Esquema Atención del paciente quirúrgico 1.0.....	163
	Anexo 4. Esquema Atención del paciente en cuidado crítico 1.0.....	165
	Anexo 5. Esquema Atención del paciente hospitalización 1.0	167
	Anexo 6. Esquema Atención del paciente en imágenes diagnosticas 1.0	169
	Anexo 7. Esquema Atención del paciente en Rehabilitación y Apoyo Terapéutico 1.0.....	171
	Anexo 8. Carta propuesta para Workshop T.E.A.M (trabajo en equipo, actitud y mejoramiento)	173
	Anexo 9. Lista de asistencia Taller.	175
	Anexo 10. Notas primera parte taller.	177
	Anexo 11. Formato ideas taller	179

Lista de figuras

Figura 1 Síntesis Retos actuales y tendencias a nivel organizacional.	39
Figura 2 Hospitales representativos. Ubicación geográfica	40
Figura 3 Metodología para la gestión de iniciativas de innovación..	57
Figura 4 Marco general de funcionamiento de la transformación organizacional.	76
Figura 5 Modelo conceptual de la transformación. Basado en Nazarzadeh et al, 2015	78
Figura 6 Mapa de procesos HUN. (HUN, 2019)	92
Figura 7 Manejo de la reunión de trabajo para caracterización	94
Figura 8 Forma de trabajo después del ajuste	96
Figura 9 Formas de hacer las cosas durante la caracterización	100
Figura 10 Fotografía del taller participativo piloto “parte I”	105
Figura 11 Fotografía taller participativo piloto “parte II”	113
Figura 12 Esquema general de las propuestas.....	120
Figura 13 Implementación de las estrategias.	122
Figura 14 Desarrollo estrategia I	125

Transformación organizacional en el HUN

Lista de *tablas*

Tabla 1 Síntesis Hospitales.....	59
Tabla 2 Clasificación Hospital Universitario Nacional.....	64
Tabla 6 Dimensión estructural del sistema sociotécnico. Complejidad: Diferenciación	106
Tabla 7 Dimensión estructural del sistema sociotécnico. Complejidad: Integración: Coordinación.	109
Tabla 8 Dimensión estructural del sistema sociotécnico. Complejidad: Integración: Coordinación.	110
Tabla 9 Dimensión estructural del sistema sociotécnico. Complejidad: Integración: Control.	110
Tabla 10 Dimensión estructural del sistema sociotécnico. Formalización y centralización	112
Tabla 11. Priorización ideas del taller. Socializar	114
Tabla 12 Priorización ideas del taller. Comunicar de manera asertiva y efectiva.....	115
Tabla 13. Priorización ideas del taller. Mejorar la productividad	116
Tabla 14. Priorización ideas del taller. Mejorar software.....	116
Tabla 15 Resumen de esquemas.....	117
Tabla 16 Estrategias de transformación	123
Tabla 17 Estrategia I: Objetivos y variables	126
Tabla 18 Estrategia I: Preguntas de referencia.	127
Tabla 19 Estrategia II. Objetivos y variables	131
Tabla 20 Estrategia II: Preguntas de referencia.	132
Tabla 21 Ítems a resolver estrategia III:.....	133
Tabla 22 Estrategia III. Objetivos y variables.	134
Tabla 23 Estrategia III: Preguntas de referencia.	135
Tabla 24. Estrategia IV: Objetivos y variables.	136
Tabla 25. Estrategia IV: Preguntas de referencia.	138

Transformación organizacional en el HUN

Introducción

Esta tesis de maestría corresponde a la propuesta de estrategias de transformación organizacional del Hospital Universitario Nacional. Se tendrán en cuenta perspectivas desde la complejidad de la investigación e innovación en hospitales, algunos retos actuales y tendencias a nivel organizacional en dichas instituciones.

Entre los problemas globales considerados en esta investigación se sugiere el clima económico actual, el aumento de la competencia global, el cambio constante en las organizaciones, que buscan adaptarse al mercado desarrollando capacidades para innovar y sostenerse. Por otro lado, los hospitales requieren una innovación organizativa que adapte sus estructuras organizacionales, con el fin de adoptar nuevos modos de trabajar y de colaborar para proveer la atención que reclaman los ciudadanos.

De acuerdo con los directivos de la institución seleccionada, debido a la percepción de una alta resistencia a cumplir los requerimientos institucionales, sumado a la percepción de falta de apoyo por parte de unos procesos a otros, más específicamente lo que se consideran los procesos misionales no creen que estén totalmente apoyados por los otros procesos de la corporación, se requiere indagar sobre estos elementos. Cabe aclarar durante el desarrollo de la investigación no existía un mapa de procesos ni organigrama actualizado y aprobado por la junta directiva del Hospital Universitario, se ha trabajado en ello, pero no se ha consolidado institucionalmente. Surge entonces la necesidad de entender de qué manera existe una dependencia, correspondencia e incluso una codependencia entre áreas y procesos, pues existen vacíos en la comprensión del modelo

organizacional actual del hospital, sus dinámicas e interacciones en torno a la correcta ejecución y socialización de las actividades en las diferentes áreas.

Considerando que el Hospital Universitario Nacional - HUN es una institución emergente, la propuesta de comprender y estructurar el modelo organizacional actual, contribuirá a reducir la desarticulación futura de los elementos organizacionales requeridos en la ruta del servicio, reducir vacíos en proceso, contando con la participación de los ejes estratégico, táctico y operativo. Se pueden tomar decisiones que fortalezcan la cultura y el aprendizaje, todas enfocadas a la prestación de un excelente servicio corporativo, que sirva de ejemplo para las demás instituciones de salud del país.

La investigación en torno a este contexto se realiza con el interés de aplicar los conocimientos que profesionalmente el investigador tiene, desde el diseño industrial y los aportes de la Ingeniería industrial desde el desarrollo de la maestría, en entornos tan complejos como lo es el sector hospitalario. A priori se reconoce que un Hospital Universitario es un escenario complejo, pero ese es el reto: abordar con diferentes enfoques su comprensión y análisis.

En el marco de la etnografía aplicada a procesos de diseño y la investigación participante, se realiza un trabajo de campo en la institución entre los meses de Febrero y Agosto de 2019, a través de entrevistas semiestructuradas, registro de diarios de campo, un taller participativo y el seguimiento completo de un proceso institucional. Este enfoque ayuda a entender los veintiséis procesos que conforman a la institución, y fortalece el análisis de las prácticas detectadas en la cotidianidad de los diferentes profesionales de la salud participantes de la investigación.

Finalmente, las estrategias propuestas tienen la intención de potenciar la capacidad integradora de la institución y son un reflejo del trabajo de campo realizado con su respectivo análisis. Así mismo, cada una de las estrategias contiene: objetivo general,

objetivos específicos, alcance esperado, continuidad futura, y la relación con las dimensiones estructurales del sistema socio-técnico para permear la totalidad de la organización. También se contemplan factores culturales adicionales correspondientes al conocimiento, compromiso y comportamiento. Estos atributos son fundamentales para la correcta ejecución de las estrategias.

La estructura de los capítulos es la siguiente:

En el capítulo 1, se realiza una introducción al problema de investigación, para entender el contexto histórico de la institución y los objetivos de la propuesta investigativa.

En el capítulo 2, se presenta una revisión de la literatura que aporta desde la investigación e innovación en instituciones de salud, retos actuales y algunos hospitales universitarios representativos, la complejidad del escenario hospitalario sumado al flujo de conocimiento dentro de organizaciones de esta naturaleza y finalmente, el concepto de transformación organizacional que se va a trabajar para las propuestas.

En el capítulo 3, se realiza una presentación de lo que fue el trabajo de campo, el abordaje de las prácticas, la investigación desde el enfoque participante, concluyendo con el diseño y análisis de un taller piloto para fomentar la transformación organizacional.

El capítulo 4, tiene como objetivo mostrar las estrategias propuestas basadas en la literatura, el trabajo de campo, el análisis y las propuestas presentadas por los mismos profesionales de la institución en los diferentes escenarios de diálogo.

1. Introducción al Problema de investigación.

1.1 Reseña Histórica del Hospital Universitario Nacional.

La Universidad Nacional de Colombia (UNAL) durante gran parte de sus 150 años de existencia estuvo asociada con el Hospital San Juan de Dios para el desarrollo de programas académicos, esta asociación duró aproximadamente 135 años, periodo durante el cual llegó a formar alrededor de 15.000 médicos, enfermeras, nutricionistas, trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas, entre otros.

Durante los años trabajados con el Hospital San Juan De Dios se desarrollaron una serie de avances e hitos de innovación en salud, por ejemplo: en 1910 se hizo la primera cirugía de corazón, lograda por el cirujano Pompilio Martínez. Así mismo, en 1962 el profesor Fernando Gómez Rivas dio inicio a las revascularizaciones y reimplantación de extremidades, tiempo después haría el primer trasplante renal en Sudamérica junto al Nefrólogo Enrique Carvajal Arjona. (HUN, 2018)

Otros hitos representativos son: la cirugía cardiovascular, el programa madre canguro (para salvar a prematuros), programa que se replicó por el mundo y fue reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), premiando al profesor Edgar Rey Sanabria (Ascun, 2019)

Entre los años 1999-2000 se genera una crisis económica y laboral en el Hospital San Juan de Dios, situación ajena a las actividades que implican la academia y los procesos referentes a la salud. Por este motivo, la Universidad Nacional se ve obligada a dispersar a todos sus profesionales por la ciudad.

La crisis obliga a buscar donde iniciar nuevamente un hospital y en el año 2002 el profesor Juan Manuel Arteaga, el decano Rodrigo Díaz y el rector Marco Palacios, adquieren la Clínica de la Caja Nacional de Previsión (Cajanal) consolidando así la llamada Clínica Santa Rosa.

Durante la rectoría de Moisés Wasserman se compra un lote anexo a la UNAL, para poder construir el proyecto Hospital Universitario Nacional. En el año 2012 bajo la rectoría del profesor Ignacio Mantilla se concreta el proyecto junto al profesor Juan Carlos García y se logra la Concepción de la Corporación Salud UN, corporación que administra el Hospital Universitario (HUN, 2019).

1.2 Problema de investigación y objetivo.

La Corporación Salud UN “es el resultado de un proyecto iniciado por la Universidad Nacional de Colombia y la asociación de exalumnos de la facultad de medicina AEXMUN quienes, propendiendo por el bienestar de los estudiantes de la institución y en la búsqueda de espacios para cumplir con su razón social que comprende la docencia, la investigación y la extensión, decidieron unir esfuerzos y crear la Corporación SALUD UN”. (HUN, 2018)

La Corporación SALUD UN es una entidad de salud de IV nivel de complejidad¹ que cuenta actualmente con 230 camas, 183 para hospitalización y 47 para la unidad de cuidado intensivo, 8 salas de cirugía; un departamento de imágenes diagnósticas; consultorios dotados para atención en consulta externa y prioritaria, áreas de atención para cardiología, oncología, hemodinamia, neumología, cardiología no invasiva, gastroenterología,

¹ NIVEL IV: “Atención de patologías de tipo Catastrófico: son patologías Catastróficas aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento. Se consideran dentro de este nivel, los siguientes procedimientos”. Artículo 117 RESOLUCION NUMERO 5261 DE 1994

endoscopia, clínica de heridas, rehabilitación, terapia física, fonoaudiología, medicina laboral, salud oral, clínica de esclerosis múltiple, entre otras.

Como entidad privada sin ánimo de lucro, en su misión busca innovar a través de la interdisciplinariedad, buscando la sostenibilidad y la responsabilidad social y ambiental. Ofrece servicios de salud integrada, integral, compleja y de alta calidad y se define como un hospital centrado en el paciente, con compromiso de excelencia, enfatizando en la seguridad de la atención mediante el mejoramiento continuo de los procesos. (HUN, 2018)

De acuerdo con las metas establecidas en el informe de gestión presentado en el año 2018 para calidad, la institución contempla: la acreditación, optimizar el concepto de favorabilidad, consolidarse como Hospital Universitario en el año 2021. En el ámbito asistencial contemplaba como metas para el año 2019: incrementar el nivel de complejidad y la consolidación financiera.

Se requiere una transformación organizacional correspondiente con los vacíos en la comprensión del modelo organizacional actual del hospital, sus dinámicas e interacciones en torno a la correcta ejecución y socialización de las actividades en las diferentes áreas. Por ello es importante entender la dependencia, correspondencia y/o codependencia entre áreas y procesos. Adicionalmente, la institución enfoca sus metas para dar cumplimiento al Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario de Colombia en su versión 3.1, en el cual se consideran estándares de apoyo enfocados al direccionamiento, gerencia de la información, gerencia del talento Humano, entre otros.

El HUN es una institución emergente, que requiere reducir la desarticulación futura de los elementos organizacionales requeridos en la ruta del servicio, reducir vacíos en proceso, y diferencias entre los ejes estratégico, táctico y operativo. Por ello la propuesta de comprender y estructurar el modelo sistémico organizacional actual, transformando sus dinámicas contribuirá a tomar decisiones que fortalezcan la cultura y el aprendizaje, que sirva de ejemplo para las demás instituciones de salud del país.

Al respecto de la transformación organizacional propuesta en este contexto hospitalario, de acuerdo con la complejidad en sus diferentes aspectos, la pregunta de investigación planteada es ¿Cómo hacer una transformación organizacional del Hospital Universitario Nacional que considere las prácticas de sus actores y promueva la innovación? A partir de este interrogante se constituyen los siguientes objetivos:

Objetivo general.

“Proponer estrategias de transformación del sistema organizacional del Hospital Universitario Nacional en función del mejoramiento de sus acciones, a partir de las prácticas de los actores involucrados en la implementación de la política actual”. (Niño-Sánchez, 2019)

Objetivos específicos

- Identificar las prácticas, interacciones y criticidades gestadas dentro y desde la organización del Hospital Universitario Nacional
- Esquematizar un mapa de trabajo (modus operandi) del Hospital Universitario Nacional, desde la perspectiva de los actores clave de la organización teniendo en cuenta sus acciones, experiencias y pensamientos en el eje o ejes que se quiere transformar.
- Diseñar en conjunto con los actores involucrados las estrategias de transformación propuestas para la Corporación,

El primer objetivo específico considera la complejidad hospitalaria y las dinámicas particulares. El segundo tiene que ver con el diagnóstico que se realiza del hospital a partir de una investigación de tipo cualitativo-interpretativo. Por último, el diseño de estrategias de transformación consecuentes con el diagnóstico y el contexto presentado, buscando proponer elementos transversales que puedan considerarse y sean aplicados en el Hospital en años venideros para lograr una propuesta innovadora.

2. Investigación e innovación en Hospitales (Estructura teórica)

Este capítulo está dividido en dos partes: la primera pretende dar cuenta de los elementos globales que afectan de manera directa o indirecta las acciones, decisiones y mejoras en una Organización Hospitalaria de carácter Universitario, tratando de esbozar algunos elementos de la actualidad que enmarcan el sistema de salud, evidenciando los retos puntuales a los que debe responder una propuesta de cambio y ejemplificando algunos de los hospitales universitarios más representativos. La segunda parte corresponde a los elementos conceptuales que constituyen el desarrollo de esta tesis, se considera en primera medida la definición de innovación hospitalaria, sus determinantes y la naturaleza compleja de un Hospital Universitario como escenario de innovación y transformación, considerando el papel que juega la investigación, el conocimiento y el servicio asistencial en su desarrollo cotidiano y en la transformación organizacional propuesta con sus diversas perspectivas y efectos

2.1 Panorama actual hospitalario

2.1.1 Retos actuales y tendencias a nivel organizacional

Son muchos los escenarios a los que debe corresponder el diseño y orientación de las capacidades de los hospitales actualmente, elementos como la transformación en una sociedad digital, la evolución demográfica, los cambios a nivel de valores políticos y sociales, la existencia de nuevos modelos de liderazgo y la gestión en salud, el impacto de nuevas tecnologías en torno a la gestión del conocimiento (Ribera et al., 2013). Además, el

clima económico actual, el aumento de la competencia global y las organizaciones en cambio constante, que buscan adaptarse al mercado desarrollando capacidades para innovar y tener éxito (Shipton et al., 2006 citado en Zennouche, et al ,2014), constituyen el marco de referencia por el que deben enfocarse las nuevas alternativas para el cambio en las entidades hospitalarias.

Es necesario evaluar y transformar los paradigmas actuales entorno a la atención hospitalaria, tomando en cuenta que ahora deben ajustarse enfoques hacia la medicina personalizada y/o las mejoras en la experiencia del paciente (Ribera et al ,2013). Por otro lado, la gestión de innovación organizacional debe ser efectiva y orientada, en cualquier organización, ya sea de negocios, salud o política, se busca promover la creatividad a través de productos y servicios que el cliente desea, satisfacer necesidades, crear empleos y contribuir a la economía, fomentando que la innovación organizacional juegue un papel integral al servir para todos (*McLean, 2005* citado en Zennouche, et al (2014)).

De acuerdo con la literatura revisada se encontraron casos específicos donde los hospitales han fomentado escenarios de innovación, en pro de la mejora de sus estructuras organizacionales, los procesos y el rediseño de servicios. A continuación se muestran algunos de los elementos consecuentes con la transformación organizacional objetivo principal de este proyecto de investigación.

La incidencia de un hospital universitario a nivel regional es alta. Ya que, puede contribuir desde distintas facetas a la mejora de la eficiencia y eficacia de los sistemas sanitarios, entre ellas: la implantación de una gestión basada en el conocimiento, la incorporación de tecnologías digitales, el uso de datos para la toma de decisiones, la mejora de los incentivos a la innovación o el fomento de actividades de investigación y desarrollo - I+D. (COTEC, 2016)

Continuando con la idea, según Elizabeth Teisberg del Darden School of Business “la sanidad actual se basa en organizaciones que apenas han cambiado desde el siglo XIX”. Según esta experta, uno de los retos fundamentales para las organizaciones de salud y la innovación más importante será estructural y organizativa, de modo que se adopten nuevos modos de trabajar y de colaborar para proveer la atención sanitaria que reclaman los ciudadanos. De este modo, las estructuras organizacionales de los hospitales deben prepararse para cambios globales, cambios que por ejemplo van desde las tendencias sociodemográficas hasta las relaciones e interacciones con otros proveedores asistenciales (centros de salud regional o local u otros centros educativos) (Ribera et al., 2013).

El papel de los profesionales asistenciales y de las instituciones

Entre los avances actuales en gestión hospitalaria se encuentra la participación de los profesionales asistenciales como órganos de gobierno y gestión. El desempeño de estas actividades, hace que ellos sean considerados como empresarios individuales, capaces de gestionar sus propias empresas, entendiendo que cada área hospitalaria es en sí misma una empresa, UCI es una empresa, cirugía es otra empresa, todas bajo un paraguas común, alineándose con los objetivos del hospital y con sus propios retos profesionales (Ribera et al., 2013). Si se entiende que los profesionales asistenciales son empresarios, ellos deben tomar decisiones de tipo estratégico, asumir responsabilidades directivas, por consiguiente deben tener formación en competencias blandas, como la gestión de equipos, la gestión del cambio y otras habilidades interpersonales e intrapersonales (Ribera et al., 2013) que les permitan actuar correctamente en su quehacer diario.

En paralelo, algunas organizaciones como la Organización Panamericana de la Salud, (OPS²), respecto a los sistemas sanitarios potentemente divididos y segmentados (ACHC,

² <https://www.paho.org/hq/?lang=es>

2018) ha tenido que implementar Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) entendidas como “una red de organizaciones que presta o hace los acuerdos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, que además está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos, económicos y por el estado de salud de la población a la que atiende” (OPS, 2017).

Enfoque a procesos

Dado que el Hospital Universitario Nacional (HUN) funciona mediante el modelo de gestión por procesos (HUN, 2019 C) es necesario resaltar algunas propuestas actuales consecuentes con este modelo (ISO, 9001). Entre ellas se destaca la inclusión en los equipos de profesionales multidisciplinares, orientados a procesos, eliminando las barreras disciplinarias entre médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud: Igualmente, la combinación entre la medicina y la ingeniería puede ser garante de facilitar iniciativas para la mejora de procesos y la excelencia en los servicios (Ribera et al., 2013, pp 26).

Los hospitales deben potenciar la creación de procesos, para generar conocimiento, analizarlo, almacenarlo y distribuirlo. Esta actividad es ardua, debido al entorno complejo en el que se desarrolla. Debe considerar el trabajo interdisciplinario, la cultura de resolución de problemas interna, la reticencia a hacer públicos los fracasos, las diferencias de estatus entre profesionales y la existencia de personas muy reconocidas, entre otros.

La Escuela Andaluza de Salud Pública, S. A. afirma que “diversos autores han descrito dos abordajes para rediseñar organizaciones funcionales hacia otras más orientadas a procesos: (i) implementar mecanismos de coordinación del tipo de estructuras matriciales por líneas de producto y (ii) reestructurar las organizaciones con base en los procesos” (EASP S.A, 2012).

En el primer caso se establecen secuencias de actividades asistenciales y se asignan responsabilidades a los profesionales asistenciales con respecto a grupos de pacientes

homogéneos, que necesitan el mismo tipo de diagnósticos o tratamientos en un orden específico (líneas de producto). En el segundo, las áreas de atención se vuelven multidisciplinarios, quiere decir que se basan en las necesidades de los pacientes y no en la experticia de los profesionales, esto tiene que ver con la autonomía para solucionar los problemas sin necesidad de recurrir a otros departamentos (EASP S.A, 2012).

La evidencia muestra que “adoptar cualquiera de estos abordajes, sin embargo, no conduce necesariamente a un aumento en la orientación a procesos. Conseguirlo en todo un hospital requiere un esfuerzo superior y debe tener en cuenta las siguientes consideraciones” (Vos et al., 2009 citado en EASP S.A, 2012): “ i) introducir departamentos multidisciplinarios no es necesariamente la mejor opción en todos los entornos; se ha de ser coherente con la estructura de producción del hospital, ya que se requiere una masa crítica suficiente. ii) prevenir eventuales barreras culturales entre especialidades médicas. Cada especialidad tiene sus propios valores, mecanismos de resolución de problemas, o lenguaje, lo que se refleja en cada profesional. Participar en equipos multidisciplinarios requiere flexibilidad con el territorio de otros colegas. iii) Los hospitales deben encontrar el necesario equilibrio entre optimizar los procesos asistenciales y usar eficientemente los recursos de los departamentos funcionales (dando respuesta, por ejemplo, a cuestiones del tipo ¿cómo manejar casi al mismo tiempo recursos escasos con grupos de pacientes diferentes?)”. (Vos et al., 2009 citado en EASP S.A, 2012)

Respecto a la naturaleza de los procesos hospitalarios, estos incluyen el espectro completo del conocimiento, el cual, según Amy C. Edmonson (EASP S,A, 2012), va desde los procedimientos más rutinarios, en los que no debería haber lugar a la incertidumbre o la variabilidad y donde la improvisación se debería minimizar, hasta los tratamientos más innovadores, con los últimos avances de la medicina, en los que el objetivo de atender a pacientes específicos se combina con la meta de obtener un conocimiento avanzado,

experimentando con nuevos diagnósticos y tratamientos, generando nuevas posibilidades y con tareas definidas o improvisadas sobre la marcha.

Entre ambos extremos (procesos rutinarios e innovadores), se sitúan la mayor parte de los procedimientos hospitalarios que implican una alta complejidad, en los que las nuevas y las antiguas tareas interactúan y en los que la resolución continua de problemas es un modo de vida.

Adicionalmente, “coexisten dos formas de ejecución de los procesos: una centrada en la eficiencia (se espera que los líderes ofrezcan respuestas y los empleados sigan sus órdenes, los procesos internos se pueden diseñar y preparar con antelación, se busca reducir la presencia de problemas) y otra centrada en el aprendizaje durante la ejecución (en el que los líderes marcan directrices, pero los empleados descubren soluciones, se establecen procesos de trabajo tentativo como punto de partida que se permite mejorar sobre la marcha y en donde los temores son barreras al proceso de aprendizaje)” (Ribera et al., 2013, p 29).

Trabajo en red

Respecto a lo que se podría mencionar de trabajo en red, en general se presentan diferentes alternativas que buscan alinear objetivos entre varios *stakeholders*. Entre ellas, basar la atención y los servicios en patologías específicas, es el caso de los trusts³ en Inglaterra se ha empezado a emplear “gestores de casos” capaces de coordinar los servicios dirigidos a personas con patologías crónicas o requerimientos complejos sociales y médicos, incluyendo toda la ruta del servicio, desde su registro, desarrollo y organización de planes y seguimiento asistencial. (Laurant et al., 2005 citado en EASP S.A, 2012).

³ *trust*, “grupo de empresas unidas para monopolizar el mercado y controlar los precios en su propio beneficio”. *Real Academia Española*

Otra alternativa es involucrar a las farmacéuticas en el desarrollo integral de los servicios para verificación de tratamientos, recetas que se repiten y la servicios de apoyo que tienen que ver con el tabaquismo, o problemas familiares (Laurant et al., 2005 citado en EASP S.A, 2012). Es una alternativa en la que grupos pluridisciplinarios gestionan desde los centros de salud, enfermedades de tipo crónico esta gestión, permite controlar los fármacos necesarios para la atención y control, buscando disminuir el número de ingresos hospitalarios de estos pacientes. (Pinnock et al., 2009 citado en EASP S.A, 2012)

Las fronteras de las instituciones de salud deben romperse, para dar paso a atenciones y organizaciones más abiertas y distribuidas, mientras internamente en los hospitales se busca una reducción de costos y recursos, se deben proporcionar herramientas y procesos organizacionales que garanticen atenciones de tipo domiciliario así como servicios en instalaciones compartidas. Las tendencias dicen que los hospitales deben iniciar un proceso de trabajo en equipos “virtuales” compuestos por diferentes profesionales que serán flexibles, multidisciplinarios y orientados a los procesos. ”. (Ribera et al, 2013).

Se presume que “los pacientes pasarán menos tiempo en hospitales y en centros asistenciales, pues las tecnologías de la información serán claves para resolver necesidades puntuales, personalizar procesos asistenciales y tratamientos”. (Ribera et al., 2013, pp 23) considerando tener hospitales más conectados.

La ruptura de fronteras, tiene que ver por supuesto con servicios de manejo remoto, cuyo uso se ha generalizado, de esta manera, los ciudadanos gestionan *apps* de salud y bienestar, así como algunos dispositivos médicos para el seguimiento de su salud.

Finalmente, uno de los retos más importantes a nivel organizacional consiste en que los hospitales desarrollen conexiones “con otros proveedores asistenciales para crear redes de nivel local, regional, nacional e internacional. Las alianzas y actividades servirán como

base para las investigaciones clínicas y traslacionales⁴, así como iniciativas de control de costes, buscando que la investigación traslativa, sea considerada como una fuente de generación de recursos” (EUPATI, 2015, pp. 20). “Las redes de cooperatividad entorno a la investigación garantizan que las organizaciones de índole privada apoyen a las instituciones públicas en tres aspectos: mejorar la experiencia de los pacientes (calidad y satisfacción) mejorar la salud de la población (bienestar) y reducir el coste per cápita de la sanidad. (Eficiencia)”. (Ribera et al., 2013, pp. 21)

Nuevas tecnologías

De las oportunidades más relevantes en el sector Hospitalario se encuentran las nuevas tecnologías, necesarios para la producción de servicios, “constituyen probablemente los inputs que mayor evolución han experimentado en décadas recientes en su disponibilidad, facilidad de uso, potencial, coste y movilidad, etc.” (EASP S.A, 2012, pp. 12). Las nuevas tecnologías tienen gran influencia sobre los cambios en las modalidades de servicio. Un ejemplo de ello son los *Smartphone* con acción de sensores, que son considerados un avance tecnológico que ha dado lugar al desarrollo de *apps*, y *software* disponible para profesionales y pacientes. (Iglesias-Posadilla et al, 2017)

El uso de Aplicaciones móviles (*apps*) cambia el paradigma de la medicina actual, generando que de una manera económica y viable, el control ambulatorio de pacientes con enfermedades crónicas apoyados en aplicaciones certificadas, sirva para la atención y

⁴ “La medicina traslacional es aquella que promueve el flujo de información del laboratorio a la clínica y, de la misma forma, debería promoverse de la clínica de vuelta al laboratorio. Esto significa que la medicina traslacional es un concepto bidireccional que abarca: 1) factores del laboratorio a la cama del paciente que pretenden aumentar la eficacia de los ensayos clínicos de nuevas estrategias terapéuticas desarrolladas mediante investigación, y 2) factores de la cama del paciente al laboratorio que proporcionan información relativa a las aplicaciones de nuevos tratamientos y cómo pueden mejorarse”. Para mayor información consultar <https://www.eupati.eu/es/estudios-no-clinicos/medicina-traslacional/>

control domiciliario, convirtiendo al profesional de la salud en un prescriptor de cuidados, fármacos de Aplicaciones (Apps) (Iglesias-Posadilla et al, 2017).

Otra utilidad de las Aplicaciones o el relacionamiento online, es la concerniente con la toma de decisiones desde diversas posiciones geográficas, actividad que actualmente es más sencilla y de bajo costo, por ejemplo recibir por correo electrónico y otro servicio, resultados asociados a pruebas de radiología o laboratorio (Rosa-Jiménez et al., 2005 citado en EASP S.A, 2012) permite manejar la información del paciente en las consultas externas de manera más efectiva y descentralizada.

“En conjunto, por tanto, los cambios tecnológicos con repercusión en la naturaleza y organización de los servicios están sucediendo cada vez con más rapidez y van a afectar a ámbitos cada vez más extensos (kits de laboratorio a pie de cama, radiología móvil, etc.)” (EASP S.A, 2012, pp. 12)

Cambios en las preferencias del usuario:

“En muchos países, al mismo tiempo, los usuarios / clientes / ciudadanos / pacientes y en general los “stakeholders” con intereses en los sistemas sanitarios tienen una influencia mayor sobre los elementos del sistema. La gente se siente en condiciones de evaluar y juzgar los servicios que recibe y no tolera la “asimetría de la información” intrínseca en las relaciones con los profesionales sanitarios; conseguir su satisfacción es más difícil ahora”. (EASP S.A, 2012, pp. 13)

Esto “responde a que los niveles de formación en los países desarrollados y de ingresos medios han mejorado drásticamente. Los ciudadanos se han habituado al manejo de tecnologías de la información y las comunicaciones. La gente es más consciente de que “puede comprar” casi cualquier cosa a distancia, recibiendo las entregas a domicilio, tiene

cada vez más movilidad, viaja más y recorre mayores distancias, se concentra más en entornos urbanos, lo que sin duda afecta sus actitudes en relación con los servicios sanitarios” (EASP S.A, 2012, pp.13).

Las instituciones deben reaccionar a los cambios sociodemográficos y de decisión, buscando una comprensión más profunda de las expectativas y percepciones de los pacientes y sus familias, trazando el circuito de sus interacciones en los diferentes momentos del sistema.

La percepción de calidad de los usuarios/ciudadanos se ve afectada por su apreciación de los servicios respecto a su dignidad y sus derechos y las expectativas de atención. Entre las demandas de los usuarios se incluyen, el acceso, la continuidad y coordinación de los servicios hospitalarios (ACHC, 2018). Teniendo en cuenta las conveniencias de los centros de salud, “los pacientes ahora exigen respuesta a sus preferencias más eficientemente, de ahí la auténtica explosión de aplicaciones de técnicas de gestión a favor de la calidad con base estadística tomadas de otros sectores de la industria (como la gestión por procesos, el “lean management”, el “six-sigma”, etc.) “ (EASP S.A, 2012, pp.14). En el caso de Colombia por ejemplo existe un logro incompleto en la cobertura del servicio, por lo cual existe una percepción limitada del concepto (cobertura total) y es necesario ampliar la mirada desde varios ángulos (ACHC, 2018).

Para reaccionar un poco a esta dificultad para el aseguramiento de la calidad del servicio, se propone el seguimiento estricto de guías y normas. Este modelo tiene ventajas claras, pero esto usado en exceso, puede generar el peligro de desarticular la capacidad de innovación, al “rutinizar” todas las situaciones y reducirlas a la estadística, Innovar implica cambiar rutinas o puede surgir de la necesidad de cambiar rutinas que, por diversas razones, ya no dan la respuesta que se espera de ellas (Sutz, 2002).

Actualmente con la publicación de estándares para el diseño de los centros asistenciales, se sabe que para todo servicio están contemplados algunos requisitos que corresponden

al espacio, ubicación, área de atención del paciente, instalación eléctrica, iluminación y nivel de ruido, así como de flexibilidad y accesibilidad, entre otros. (García del Río et al., 2007; MINSALUD, 2019).

Así pues, es importante diseñar, re-diseñar y evaluar los servicios Hospitalarios. Estos cambios deben fomentar más participación de los pacientes, por consiguiente “tendrán influencia en los procesos de atención, de forma que se tengan en cuenta los puntos de vista de cada uno”. (Ribera et al., 2013, pp 23) para que de manera sistemática se promueva la mejora de la experiencia del paciente.

Actualmente, está en crecimiento la aplicación de técnicas de pensamiento de diseño (Design Thinking) en la mejora de operaciones y servicios, de esta misma manera se puede mejorar lo concerniente al ámbito de los empleados, quienes necesitan trabajar en un entorno satisfactorio que incluye procesos de contratación, formación continua y reconocimiento (Ribera et al., 2013, pp 30).

En la Figura 1, se muestra un mapa conceptual síntesis de este numeral que pretende establecer la generalidad de los hallazgos en el estado del arte.



Figura 1 Síntesis Retos actuales y tendencias a nivel organizacional.

2.1.2 Algunos Hospitales representativos

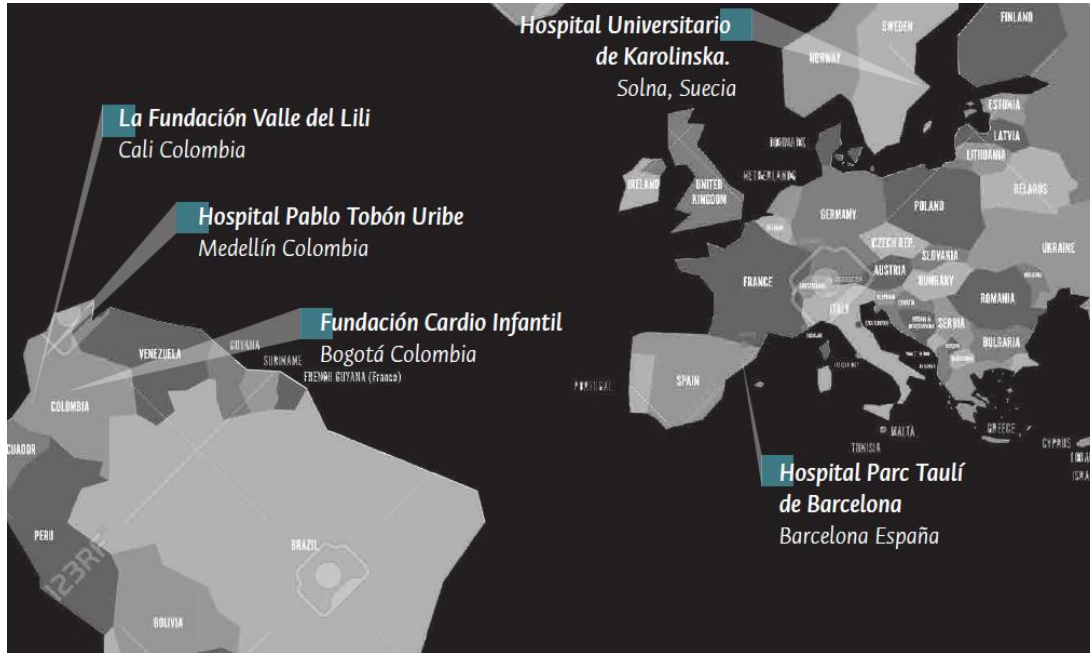


Figura 2 Hospitales representativos. Ubicación geográfica

A continuación se describen cinco hospitales representativos (Figura 2) con algunas anotaciones sobre su gestión en investigación e innovación; esto con el fin de tener una mirada de la realidad actual de estas instituciones y así proponer alternativas que correspondan a vanguardias reales y contextualizadas. Se escogen estos cinco hospitales debido a su equivalencia con el Hospital Universitario Nacional. El Hospital Parc Taulí de Barcelona por su parte pertenece a un Consorcio Sanitario y se han realizado estudios y análisis de innovación sobre su gestión, el Hospital Karolinska de Suecia, es considerado el mejor hospital de Suecia y es relativamente nuevo igual que la Corporación Salud UN, creado en 2016, las otras tres entidades latinoamericanas, Fundación Valle de Lili, Hospital Pablo Tobón y Fundación Cardio Infantil, son hospitales universitarios de Latinoamérica ubicados entre los primeros diez lugares del ranking mundial de hospitales Universitarios debido a sus buenas prácticas.

Hospital Parc Taulí de Barcelona

Dentro de las actividades de gestión de la investigación, esta institución crea en 2015 el Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí (I3PT) (Instituto de Investigación e Innovación Parc Taulí) integrado por varias entidades: Consorcio Corporació Sanitària Parc Taulí, UDIAT SA, Sabadell Gent Gran SA, la Universidad Autónoma de Barcelona y la Fundación Parc Taulí como entidad gestora del Instituto.⁵

La Unidad de Apoyo a la Innovación del Hospital es la estructura responsable de la gestión de la innovación de todos los centros que componen el Instituto y de todas las tipologías de proyecto, independiente de que su origen esté en la investigación (Bottom-up) o en la planificación estratégica de la institución (Top-down). De esta manera, las fuentes de innovación son principalmente la práctica clínica junto con las ponencias en congresos y la investigación realizada en el centro, lo que aporta procesos de vigilancia tecnológica y colaboración con otros centros. (Parc Tauli, 2017)

La misión del Instituto consiste en: “Facilitar y potenciar la actividad vinculada a la investigación y la innovación, mediante un modelo sostenible, que promueva la colaboración público-privada y que cuente con acciones de fomento de la cultura de la investigación y la innovación y del desarrollo de la atracción de talento, con políticas y metodologías de trabajo y con alianzas nacionales e internacionales que permitan acceder a mercados globales” (Cotec, 2016).

Es de resaltar el modelo de innovación implementado en Parc Taulí. Este inicia oficialmente en 2008, con la aprobación de los órganos de gobierno de la Normativa interna de

⁵ Para mayor información consultar <http://www.tauli.cat/i3pt/> , <https://www.tauli.cat/tauli/>, <http://www.tauli.cat/udiat/informacio-del-centre/estructura-organitzativa>, <http://www.tauli.cat/gentgran/>, <https://www.uab.cat/es/>, <http://www.thalea-pcp.eu/fundacio-parc-tauli>.

Propiedad Intelectual⁶ y el Código de Buenas Prácticas en Transferencia Tecnológica⁷. El modelo “está orientado a la investigación aplicada y a la resolución de problemas detectados en la práctica clínica diaria” (Cotec, 2016) Gracias a la existencia de Grupos de Investigación compuestos por “personal sanitario hospitalario, que siempre han trabajado en el área de investigación y que tienen un compromiso claro con el territorio, interés en el establecimiento de redes (proximidad al territorio), capacidad colaborativa y se destacan por ser multidisciplinarios e interdisciplinarios” (Cotec, 2016), se ha perseguido el cambio cultural de la organización para generar oportunidades a partir de los problemas detectados.

Parc Taulí presenta un híbrido entre universidad, orientada a la generación de conocimiento (investigación), su transferencia (docencia y publicaciones) y la empresa (transferencia al mercado). Los tipos de innovación más frecuentes en la institución corresponden al desarrollo de software y de adquisición de TIC's, que sustentan en gran medida la mejora de procesos de atención y de ayuda a la decisión médica (Parc Tauli, 2017).

En la institución también se ha consolidado de manera sistemática la gestión certificada de investigación, desarrollo e innovación I+D+I, gracias a la estandarización de procesos de innovación con las normas de calidad, entre ellas la UNE166002⁸. Por otro lado, en 2010, cuando nace la Plataforma de Innovación en Tecnologías Médicas y Sanitarias (ITEMAS).⁹

⁶ https://www.oepm.es/es/propiedad_industrial/Normativa/

⁷

<http://www.ciencia.gob.es/portal/site/MICINN/menuitem.26172fcf4eb029fa6ec7da6901432ea0/?vgnextoid=363b3a1375bb4410VgnVCM1000001d04140aRCRD>

⁸ “Norma que proporciona directrices y requisitos para la implementación de un sistema de gestión de la I+D+i. Ofreciendo orientaciones para comprender el contexto de la organización, establecer el liderazgo y el compromiso de la Dirección, planificar el desarrollo I+D+i, identificar y fomentar los factores que dan soporte a la I+D+i, desarrollar el proceso de gestión de la I+D+i y evaluar y mejorar el rendimiento del sistema”. Para mayor información consultar <https://www.aenor.com/certificacion/idi/gestion-idi>

⁹ “ITEMAS: Es una estructura de apoyo a la innovación sanitaria promovida por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Su objetivo es facilitar que las ideas innovadoras de los profesionales sanitarios lleguen a generar

Parc Taulí entra a formar parte como nodo de la red y, desde entonces, ha colaborado de forma activa para compartir la experiencia y conocimiento adquirido con el resto de miembros de la plataforma.

Parc Taulí centra su relacionamiento empresarial en el territorio, esta tipología de proyecto hace que sea más adecuada la relación con PYMES (pequeñas y medianas empresas) y empresas del ámbito de tecnologías TIC y tecnologías sanitarias cercanas. De esta manera, el impacto de la innovación más frecuente es en un entorno próximo. Así, la mejora va dirigida a resultados del servicio, la seguridad del paciente y el ahorro de costos. (Parc Tauli, 2017)

Hospital Universitario de Karolinska

El hospital universitario Karolinska es el segundo complejo hospitalario más grande de Suecia y uno de los principales centros sanitarios de Europa. Tiene como función principal la investigación y preparación de estudiantes en asociación con otras instituciones como el Karolinska Institutet y otros centros educativos. Este hospital ejerce un papel importante en el desarrollo de un clúster de ciencias de la vida en Suecia y además es reconocido por su “Modelo de investigación, Desarrollo y educación” (Ribera et al., 2013)

En Suecia “los ayuntamientos tienen responsabilidades directas en la provisión de servicios sanitarios bajo la dirección estratégica del Ministerio de Salud y Asuntos Sociales. Por ello, el ayuntamiento de Estocolmo, el mayor del país, que contaba en el año 2004 con dos

valor para el sistema, a través de favorecer la transferencia de tecnología, la cultura de la innovación y la comunicación con el resto de la sociedad La principal herramienta de ITEMAS es la creación de Unidades de Apoyo a la Innovación (UAI) en los hospitales. A través de ellas se dotan los medios y ayuda necesarios para que los profesionales sanitarios puedan convertir sus ideas y descubrimientos en realidades para los pacientes”. Para mayor información consultar <https://www.itemas.org/>

hospitales universitarios (el Karolinska Hospital Solna y el Huddinge Hospital) ubicados muy cerca el uno del otro y con algunos solapamientos en sus servicios, reconfigura la provisión de los servicios hospitalarios, aduciendo que existían razones funcionales y financieras para organizarlos en un único hospital, los dos centros universitarios fueron fusionados en uno solo, el Karolinska University Hospital, con diferentes establecimientos gestionados por un único equipo”. (Dowdeswell et al., 2009 citado en EASP, 2016, pp. 25)

El proyecto del nuevo Karolinska “afrenta muchos temas clave de los hospitales universitarios de avanzada: la importancia de invertir en instalaciones que permitan la innovación continua y la difusión del conocimiento a la vez que facilitan la introducción de avances tecnológicos y nuevas modalidades asistenciales” (Dowdeswell et al., 2009 citado en EASP, 2016, pp. 24). Los rasgos específicos de este proyecto son los siguientes: “ 1) Visión de servicio basada en la integración de niveles de asistencia y la adopción de itinerarios asistenciales, 2) Planificación estratégica que adopte cambios innovadores en el flujo de pacientes para producir los servicios que la población necesite, a la vista de los cambios demográficos y epidemiológicos, 3) Establecimiento de incentivos para la colaboración entre centros, 4) Definición de nuevos roles para cada unidad del hospital, complementarias entre sí, que conviertan al centro en un *Hub* especializado de servicios, 5) Integración de tres componentes: provisión de servicios, investigación y formación, 6) Desarrollo en paralelo de otras operaciones comerciales en el ámbito del desarrollo urbano, 7) Modelo de participación público – privada que saque partido de experiencias previas en Europa y asegure la viabilidad de las metas del proyecto y la sostenibilidad de la práctica asistencial e investigadora” (Dowdeswell et al., 2009 citado en EASP, 2016, pp. 25).

En ese mismo contexto de acuerdo con E. Health (2018) una de las últimas adquisiciones del hospital universitario sueco Karolinska es la instalación en treinta y un quirófanos del sistema NUCLeUS de Sony¹⁰, plataforma de vídeo que a través de IP abierta, escalable e

¹⁰ https://pro.sony/en_PW/solutions/healthcare/nucleus-digital-or

independiente de proveedores transforma la eficiencia del flujo de trabajo quirúrgico en los entornos hospitalarios conectados. La elección de esta plataforma permitió al hospital administrar y gestionar flujos de trabajo basados en material video gráfico dentro de las salas de cirugía y conexiones con el exterior en auditorios y aulas de clase, para gestionar el asesoramiento remoto.

El sistema NUCLeUS, se controla a través de una pantalla táctil y permite al personal hospitalario captar, grabar y compartir material gráfico, audio y otros contenidos digitales con otros profesionales, profesores y estudiantes de todo el campus. Dentro de las cualidades mencionadas de este sistema están: “1) Guiar al personal clínico a lo largo de la planificación, grabación y uso compartido de imágenes de vídeo y otros datos relacionados con el paciente en el quirófano, en el centro hospitalario y fuera de él, 2) Las distintas señales de endoscopios, microscopios quirúrgicos, cámaras de quirófano u otras fuentes, pueden grabarse simultáneamente para su revisión postoperatoria o con fines formativos, 3) El contenido capturado también puede asociarse a otras historias clínicas de pacientes y guardarse de manera centralizada para poder acceder de forma segura desde cualquier parte a través de las redes IP del hospital y 4) La arquitectura abierta y la neutralidad del sistema hacen posible la integración de nuevas aplicaciones para aumentar el potencial y la versatilidad de NUCLeUS en el futuro” (Pro.sony, 2004-2020)

Otro proyecto representativo del Hospital Universitario Karolinska es el PIPPI (Platform for Innovation of Procurement and Procurement of Innovation/ Plataforma de Adquisición de Innovación e Innovación de Adquisiciones), coordinado por mismo el Hospital y con implicación de AQUAS¹¹ (Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Catalunya), junto con seis instituciones más de ámbito hospitalario y universitario de Suecia, Holanda, Italia, Austria, España, Finlandia y Reino Unido. Se trata de una estructura formada por hospitales

¹¹ <http://aquas.gencat.cat/ca/inici> “Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Catalunya”

de la European University Hospital Alliance¹², que busca involucrar a todas las partes interesadas (*stakeholders*), hospitales, desarrolladores, socios industriales, formuladores de políticas y otros facilitadores, investigadores médicos, profesionales de la salud y pacientes, para abordar las necesidades no satisfechas en los servicios hospitalarios y desarrollar métodos para la adquisición de innovación. El proyecto está financiado por Horizon2020¹³, el programa marco de investigación de la Unión Europea. (Vallebron, 2018).

“El foco de este grupo de trabajo son los nuevos modelos de compra basada en valor usando las tecnologías digitales como elemento transformador de los servicios de salud” (AQuAS, 2018). La mencionada transformación digital en la asistencia sanitaria exige la adquisición de soluciones innovadoras para las cuales las colaboraciones público-privadas son esenciales. Actualmente, estas colaboraciones a menudo son reactivas y no están completamente conectadas con las necesidades de atención médica y la participación de las partes interesadas (Vallebron, 2018).

Según el ingeniero Ramón Maspons, (2018) especialista en “gestión de la innovación y de la tecnología” en AQuAS, lo mejor del proyecto es” el enfoque estratégico de poner en un mismo proyecto los diferentes *stakeholders* implicados en la mejora de la atención sanitaria pero contando con el liderazgo de hospitales y de una agencia de evaluación. La identificación de necesidades y de soluciones, con todo este mapa de conocimiento experto diverso, es una de las fortalezas destacable”. (Maspons, 2018).

¹² “La European University Hospital Alliance se formó en 2017 con el compromiso de nueve de los mejores hospitales universitarios de Europa para compartir su experiencia en atención médica, investigación y educación”. Para mayor información consultar en <http://www.euhalliance.eu/>

¹³ “Horizon 2020 es el programa de investigación e innovación más grande de la UE con casi € 80 mil millones de fondos disponibles durante 7 años (2014 a 2020), además de la inversión privada que atraerá este dinero. Promete más avances, descubrimientos y novedades mundiales llevando grandes ideas del laboratorio al mercado”. Para mayor información consultar <https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/en>

Para abordar este desafío, la Plataforma de Adquisición de Innovación e Innovación de Adquisiciones creará una Comunidad de Práctica transfronteriza reuniendo experiencia en atención médica digital, atención centrada en el paciente y adquisiciones con el objetivo final de abordar desafíos clínicos no resueltos compartidos. El consorcio está formado por los principales hospitales universitarios europeos que son miembros de la Alianza Europea de Hospitales Universitarios, así como por socios adicionales que incluyen instituciones de investigación afiliadas y una agencia independiente de evaluación y calidad de la salud (Vallebron, 2018).

Otro factor importante del proyecto PIPPI es la implicación del paciente como señala Maspons, 2018: “El paciente es un elemento clave en la compra basada en valor. Cuando hablamos de transformación digital a menudo la implicación de los pacientes es tan necesaria como delicada y requiere una metodología y reglas de juego específicas. Estamos hablando de sistemas complejos que requieren formas de trabajar complejas y con la implicación de sensibilidades, modelos organizativos, gobernanzas, sistemas de salud, tipos de proveedores... muy diversos. De lo que estamos hablando, en definitiva, es de hacer que los pacientes formen parte de la identificación de necesidades, de la toma de decisiones; hablamos de conceptos de paciente experto, participación ciudadana y *health literacy*¹⁴” (Maspons, 2018).

Hospital Pablo Tobón Uribe Medellín Colombia

¹⁴ Health literacy: “La alfabetización en salud es el grado en que las personas tienen la capacidad de obtener, procesar y comprender la información y los servicios básicos de salud necesarios para tomar decisiones de salud adecuadas”. (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. 2000. *Gente sana 2010*. Washington, DC: Imprenta del Gobierno de los Estados Unidos.

Fundación privada sin ánimo de lucro de Medellín, Colombia. Se considera importante mencionar las cinco áreas estratégicas mediante las cuales trabaja de acuerdo con su Planteamiento estratégico 2014 – 2020. “1. Excelencia asistencial: Lograr resultados clínicos de la mejor calidad y seguridad, facilitando la continuidad del cuidado con otros agentes.

2. Conocimiento e innovación: Aprender, generar, innovar y transmitir conocimiento.

3. Eficiencia operacional: Garantizar la sostenibilidad financiera, el crecimiento y la mejor utilización de los recursos. 4. Cultura con Alma: Prestar un servicio con Alma: Consolidar un equipo humano, motivado, competente y en permanente desarrollo. 5. Compromiso social y legitimidad: Contribuir al bienestar de la comunidad y trascender en el mundo. Ser referente e influyente en lo asistencial, social y ambiental.” (Hospital Pablo Tobón Uribe, 2018, pp. 4). Este Hospital cuenta con una unidad de investigación y docencia, mediante la que se dirige, acompaña y apoyan investigaciones institucionales.

Entre los cambios referentes a la atención integral de los pacientes, el Hospital Pablo Tobón Uribe ha creado HIBIPA (hígado, vía biliar y páncreas), “equipo multidisciplinario que se encarga del manejo de enfermedades que afectan el Hígado, la vía Biliar y el Páncreas; busca ofrecerle a sus pacientes una atención integral, con uso de altos estándares científicos y éticos, lo que logra un abordaje oportuno que evita incurrir en altos costos y complicaciones derivados del diagnóstico tardío, con la implementación de tecnología avanzada”¹⁵ (hptu, 2018 -2020). Este proyecto es un ejemplo de segmentación del hospital por enfermedades y con enfoque multidisciplinar.

Por otro lado y teniendo en cuenta la innovación en el diseño del servicio, buscando un mejor acceso para los pacientes, se ha creado e implementado la aplicación gratuita móvil, HPTUMóvil, gracias a esta aplicación se facilita el acceso a información o a ciertos procesos, entre ellos: solicitud de citas, conocer a los especialistas, etc. La preparación previa de

¹⁵ Para mayor información consultar <https://www.hptu.org.co/servicios-medicos/hibipa.html>

exámenes específicos, programarse con el calendario de eventos del Hospital, hacer donaciones, verificar los mapas internos de las instalaciones (Hospital Pablo Tobón Uribe, 2018).

A nivel regional y de acuerdo con su informe de sostenibilidad de 2018, el Hospital ha contribuido con la consolidación del Proyecto ECHO, por su significado en inglés Extensión for Community Healthcare Outcomes, Extensión para los Resultados de Atención Médica Comunitaria: realiza actividades de educación y tutoría en el cuidado de la salud, tratando de abordar sectores y áreas rurales tradicionalmente desatendidas, ofreciendo atención especializada, apropiada y accesible (Komaromy et al, 2016). Esta metodología promueve la atención a través de telesalud fundamentada en la construcción de redes de conocimiento entre centros de nivel de salud básicos (centros periféricos) y centros especializados.

Esta iniciativa ha permitido la construcción de una red de conocimiento con hospitales de primer nivel de complejidad del departamento de Antioquía (Nuritica, El Peñol, Gómez Plata, Granada, La Pintada, Liborina, San Rafael), a través de una estrategia de telementoría, que le permite al personal de salud tratar en forma segura y efectiva enfermedades crónicas frecuentes y complejas en áreas rurales del departamento de Antioquía y con bajo acceso a servicios de salud, así como monitorizar los desenlaces de sus tratamientos (Hospital Pablo Tobón Uribe, 2018).

Algunos logros del 2018 correspondientes a la iniciativa ECHO son: 1) El hospital se convierte en la primera institución colombiana en desarrollar este modelo. 2) Conformación del equipo de trabajo con especialistas del Hospital Pablo Tobón Uribe patologías tumorales de cara a las sesiones de ECHO: cáncer de cérvix, mama, próstata, colon, estómago y manejo del dolor y cuidados paliativos. 3) Desarrollo de 10 sesiones ECHO, en las cuales el personal médico de los municipios de primer nivel presentaron 19

casos de pacientes diagnosticados de patología maligna, que requerían cambio de conducta, lo que desencadenó en el mejoramiento de la calidad de vida del paciente y su entorno familiar. El programa pretende ser aplicado en otras patologías crónicas como diabetes, hipertensión, entre otros, desde un enfoque del primer y segundo nivel de complejidad. (HPTU, 2018)

Uno de los hospitales pertenecientes a la red es el hospital Padre Clemente Giraldo de Granada, en donde uno de los trabajos más complejos es el cuidado paliativo de pacientes con enfermedades graves, en especial quienes padecen algún tipo de cáncer. El proyecto ECHO ha permitido subsanar falencias correspondientes a la falta de especialistas, experticia, retrasos en asignación de citas y correctos diagnósticos. (Herrera, 2018)

Por otro lado de acuerdo con Andrés Aguirre, director del HPTU, la necesidad de modelos de este tipo responde a evitar los traslados innecesarios de pacientes hasta Medellín, mejorar el acceso a una atención muy especializada para personas con requerimientos complejos en sus mismos centros hospitalarios. Esto educando y formando a los grupos primarios de estas comunidades apartadas.

Anidado a ECHO surge el Programa fraternidad en salud con los pueblos de Antioquía, cuyo objetivo es acompañar social y económicamente pacientes con sospecha de cáncer en todo su proceso de diagnóstico. Este programa se lleva a cabo en articulación con la Fundación Fraternidad Medellín.¹⁶

Fundación Cardio Infantil Bogotá Colombia

¹⁶ Para mayor información consultar <http://www.fraternidadmedellin.org/>

Fundación Cardio Infantil - Instituto de cardiología (FCI-IC) es una institución Universitaria sin ánimo de lucro ubicada en la ciudad de Bogotá.¹⁷ Dentro de los hitos a nivel de investigación e innovación se destaca que “en 2014 el Departamento de Investigaciones de la institución recibió por primera vez el reconocimiento como Centro de Investigaciones, otorgado por el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación - COLCIENCIAS, para apoyar la investigación y su respectiva divulgación. En el 2018 se renovó este reconocimiento por otros cinco años, formando parte de los actores de Colombia que cuentan con ese estatus y sobresaliendo entre las 16 organizaciones que pertenecen al sector salud” (FCI-IC, 2018).

De acuerdo con el informe Anual de 2017-2018, respecto al equipo de colaboradores de la institución, se promueve la formación desde la Humanización a partir del desarrollo de talleres enfocados en la empatía, vocación y servicio, buscando también identificar necesidades laborales que son insumo de las nuevas estrategias corporativas para re-diseñar los espacios de trabajo. Y desde la Sensibilización con el desarrollo de talleres enfocados en situaciones o comportamientos atípicos, buscando la conexión con los valores institucionales y el servicio (FC-IC ,2018).

Por otro lado, la fundación Cardio Infantil, implementó en sus políticas una estructura creada para agregar valor al cuidado del paciente desde la Cadena de Abastecimiento, Infraestructura y Operación de los Servicios. De acuerdo con lo mencionado por Juan Carlos Rodríguez, Director de Operaciones en el informe de la fundación para el año 2018 se consolidó “una estructura organizacional especializada para administrar eficientemente los procesos y buscar en cada uno de ellos la eficacia y la productividad, centradas en el paciente, como camino hacia la excelencia en el sector salud”.

¹⁷ Para mayor información consultar <https://www.cardioinfantil.org/quienes-somos/nuestra-historia/>

La visión que se tiene en la Fundación es que la cadena de abastecimiento se defina como “La cadena que salva vidas” y corresponda a un “proceso que comprende la cadena de abastecimiento de las entidades de salud, que comienza desde que el proveedor de medicamentos, insumos y dispositivos médicos entrega sus productos y termina cuando al paciente se le suministran. Este es actualmente un sistema globalizado, puesto que hoy en día los actores de esta cadena se conectan alrededor del mundo. Una mala gestión en cualquiera de esos eslabones puede generar consecuencias relevantes, que ponen en riesgo la seguridad del paciente y que repercuten incluso en que el sistema de salud no sea eficiente” (FCI-IC, 2019, pp 80). En contraste, “la buena aplicación del modelo genera impacto en la eficiencia, la optimización de los recursos, la reducción de los costos y el logro de los mejores resultados clínicos para la seguridad y experiencia del paciente” (FCI-IC, 2019).

Desde el año 2014 la Fundación Cardioinfantil, “establece un plan estratégico para fortalecer el proceso de cadena de abastecimiento, desde “los cuatro correctos”: 1) el medicamento correcto, 2) en la dosis correcta, 3) en el momento correcto y 4) según el tratamiento correcto; esto significa asegurar la excelencia clínica”. (FCI-IC, 2019, pp. 81).

El modelo funciona mediante el soporte de un “sistema de información que le permite al personal asistencial tener acceso desde dispositivos móviles y consultar en línea toda la información del paciente para reducir eventos adversos, teniendo la historia clínica electrónica o la dispensación de medicamentos e insumos” (FCI-IC, 2019, pp. 82).

Como plan estratégico, la cadena de abastecimiento se implementa desde tres ejes: “la Integración de la cadena: se buscan espacios para integrar todos los eslabones de este proceso. Así, de forma integral se tienen inventarios óptimos y eficientes, impacto positivo en los costos y un mejor control de los medicamentos, entre otros factores, los modelos de salud basados en valor: Transformación del sector salud, promoviendo modelos que agreguen valor al paciente, que estén orientados a los resultados clínicos y de calidad y la

tecnología e innovación: Mediante la implementación de nuevas tecnologías, para complementar los conocimientos científicos y tomar las mejores decisiones para el paciente”. (FCI-IC, 2019, pp. 83).

Otra de las iniciativas del FCI-IC es Transformando un concepto: “Socios Estratégicos”, un programa creado para fortalecer la cultura del trabajo colaborativo, los vínculos con los mejores aliados y de mejoramiento continuo entre los actores del sector para “salvar vidas”. Pasando del tradicional concepto de proveedor o cliente a uno nuevo, que lleva esa alianza a un nivel superior, el de “Socio Estratégico”. El éxito de este programa se vio reflejado en “el primer evento del país que reconoció el trabajo que la Institución ha realizado de la mano de sus “socios estratégicos”, en pro del sector salud y el concepto la cadena que salva vidas” (Semana, 2018). Este evento socializó las evaluaciones representadas en indicadores correspondientes a cinco pilares fundamentales: servicio, soporte técnico-científico, calidad, condiciones comerciales, soporte en educación médica continua y responsabilidad social, en cada uno de los veintidós socios estratégicos con los que a la fecha cuenta la Institución.

Uno de los últimos avances de la FCI-IC es el programa Pinocchio¹⁸ (programa para la innovación en cardiopatías Congénitas Humanas Infrecuentes para Colombia), en el que a través de Colciencias, se buscó fortalecer los centros de investigación, estando a la altura de la vanguardia científica y de importantes estudios emergentes. Es de resaltar que este “programa fomenta el aumento de las bases de conocimiento en los ámbitos, antropológico, social, genético, económico, de impacto clínico y de calidad de vida, esto suscrito a la infraestructura institucional, las alianzas y redes regionales”. (FCI-IC, 2019, pp. 104)

¹⁸ Para mayor información consultar <http://pinocchio.com.co/>

Por otro lado en la FCI-IC la inversión tecnológica no solo está basada en la adquisición de maquinaria o de software, sino que en ocasiones requiere de mejores procesos de formación. Por ello promueve un movimiento cultural basado en el uso y apropiación de la tecnología. En la FCI-IC el papel del administrador del sistema, se concibe como una especie de 'colaborador híbrido': personas que conocen a la perfección los procesos, tanto asistenciales como del entorno de los sistemas informáticos, que pueden hallar localmente soluciones a casi cualquier problema relacionado con la operación. Como punto de apoyo y desarrollo la Dirección de Tecnologías de Información actualmente está conformada por las áreas de UIC/Unidad de Información Clínica, la UIA/Unidad de Información Administrativa y la Unidad de Sistemas Expertos, las cuales dan soporte, desarrollo, mantenimiento y mejoramiento a los sistemas de información existentes.(FCI-IC, 2019)

La Fundación Valle del Lili, Cali Colombia

Es una Institución sin ánimo de lucro prestadora de servicios de salud, habilitada en Cali, Colombia, con 36 años de historia¹⁹. Reconocida como hospital integral de alta complejidad y su crecimiento se sustenta en los pilares de excelencia en la atención asistencial, la docencia, la generación de conocimiento en investigación e innovación y el apoyo social. De acuerdo con el informe anual de 2018 los objetivos estratégicos que contempla la institución para los años 2018-2023 son: "i) aumentar la oferta y capacidad para la atención de servicios de alta complejidad y la educación en salud para dar respuesta a la demanda en servicios que enfrenta la Institución ii) implementar estrategias financieras y administrativas que permitan enfrentar el limitado flujo de recursos del sector, garantizar la viabilidad institucional y mejorar la operación de la institución, iii)garantizar altos estándares de calidad asistencial, operativa y administrativa en todos los servicios que permitan gestionar relaciones a largo plazo con nuestros pacientes y grupos de interés, iv) asegurar el liderazgo institucional en la educación y formación de

¹⁹ <https://valledellili.org/nuestra-institucion/acerca-de-nosotros/nuestra-historia/>

competencias en el talento humano, en la generación de conocimiento y de estrategias de innovación y en el uso eficiente de los recursos de tecnología y desarrollos informáticos y v) desarrollar estrategias que generen valor para la comunidad del área de influencia y nuestros colaboradores” (Fundación Valle del Lili, 2019, pp. 29).

Referente a aplicación de tecnologías de información, la institución inició en 2018 el servicio de Telemedicina LiliConnect ²⁰liderado por el grupo de Gineco-Obstetricia ²¹y alineado con el desarrollo tecnológico, tiene como objetivo principal “la responsabilidad social en temas de alto impacto en salud pública, se brindó este servicio de salud a distancia, con tecnologías de la información y la comunicación, para prevenir, diagnosticar y tratar pacientes de alta complejidad obstétrica que se encuentran en otros hospitales”. (Fundación Valle del Lili, 2019, pp. 47).

Respecto a Investigación e innovación, la institución “está orientada a promover la generación y la difusión del conocimiento, consolidar una cultura que facilite la colaboración entre los servicios clínicos, los programas académicos y la industria farmacéutica, para el beneficio del desarrollo científico y tecnológico a nivel nacional e internacional. La gestión que se realiza en materia de investigación busca además contribuir a la comprensión de los fenómenos de salud y enfermedad, las prácticas clínicas en la atención de los pacientes, a brindar nuevas alternativas de tratamiento y aportar a la formación del talento humano en salud para responder a las necesidades de la comunidad”. (Fundación Valle del Lili, 2019, pp. 72).

²⁰ Para mayor información consultar <https://valledellili.org/liliconnect-nuevo-servicio-de-telemedicina/>

²¹ La Gineco-obstetricia comprende dos aspectos. “La Ginecología se encarga de las enfermedades y la prevención de éstas del sistema reproductor femenino. La Obstetricia es la especialidad para el cuidado del embarazo así como la atención del parto y los cuidados postnatales”.
<https://www.almater.mx/ginecobstetricia/#:~:targetText=La%20Ginecobstetr%C3%ADcia%20comprende%20dos%20aspectos,parto%20y%20los%20cuidados%20postnatales.>

Los tres ejes organizacionales mediante los que se realizan investigaciones colaborativas (Miró, 2016), enfocadas a las necesidades y beneficios del paciente, correspondientes a temas de interés nacional y regional son: 1) investigación propia, 2) prestación de servicios de investigación con contratos atribuidos a empresas bio-farmacéuticas y 3) alianzas estratégicas con universidades e instituciones de investigación nacionales e internacionales. ”²² (Fundación Valle del Lili, 2019).

“Hasta el momento se han realizado aproximadamente 32 proyectos de investigación clínica en alianza con instituciones académicas a nivel nacional e internacional de los cuales el 25% corresponde a proyectos con instituciones de Estados Unidos, el 19% de Colombia, el 14% de Canadá, el 10% de Chile y el 9% del Reino Unido. Las instituciones académicas con las que más se ha trabajado son: Hamilton Health Sciences Corporation²³, McMaster University²⁴, Pontificia Universidad Católica de Chile²⁵, Gynuity Health Projects ²⁶y la Organización Mundial de la Salud.”²⁷ (Fundación Valle del Lili, 2019, pp. 75).

Los proyectos mencionados se desarrollan mediante el Modelo de gestión de la innovación que funciona “desde el Centro de Investigaciones Clínicas y se trabaja en equipo con diferentes áreas para lograr los mejores resultados” (Fundación Valle del Lili, 2018). “Su gestión se ha enfocado en tres líneas de trabajo principales: desarrollo de productos, tecnologías de la información, la comunicación y procesos o servicios. La base del modelo de gestión de la innovación es la generación de valor a través de: 1) Creación o mejoramiento significativo de productos, procesos y servicios en el interior de la institución y 2) Promoción de la cultura de innovación entre médicos y colaboradores”. (Fundación Valle del Lili, 2018, pp. 78)

²² Para mayor información consultar <https://www.who.int/es>

²³ Para mayor información consultar <https://www.hamiltonhealthsciences.ca/>

²⁴ Para mayor información consultar <https://www.mcmaster.ca/>

²⁵ Para mayor información consultar <https://www.uc.cl/>

²⁶ Para mayor información consultar <https://gynuity.org/>

²⁷ Para mayor información consultar <https://www.who.int/es>

El modelo funciona mediante la participación de la Dirección de Innovación, el Comité de innovación y la Unidad de Innovación de la institución.



Figura 3 Metodología para la gestión de iniciativas de innovación. Tomado de Fundación Valle del Lili (2019).

Para el año 2019 los retos a los que se enfrenta la Unidad de Innovación y Desarrollo son: “Consolidar la unidad de innovación a nivel institucional, crear un laboratorio de co-creación, nuevos desarrollos en TIC, nuevos dispositivos biomédicos, nuevas patentes, obtener derechos de autor del software desarrollado, difusión institucional de los resultados generados, generar modelo de negocio sostenible para la comercialización y distribución de intangibles (dispositivos biomédicos y software) y publicación de artículos derivados del desarrollo de tecnologías.” (Fundación Valle del Lili, 2018, pp. 18).

Se plantea que los retos en innovación consistirán en generar un estudio que permita revisar las variables que impactan la innovación en la Institución y de esta manera llevar a

cabo una evaluación que permita identificar y analizar las necesidades, capacidades y metodologías de innovación con potencial de ser aplicadas a nivel institucional.

Entre los proyectos de innovación exitosos se consolidan: Salud móvil (El PAIS, 2019), este programa tiene como objetivo prestar servicios de salud “en cualquier momento y en cualquier lugar”, superando las barreras geográficas, temporales y organizacionales. Se lleva a cabo a través del desarrollo de aplicaciones móviles como herramientas para los procesos asistenciales.

Entre las aplicaciones se pueden mencionar el Proyecto “Appticoncepción” “Desarrollado en conjunto con el área de ginecología y obstetricia en la línea de investigación de salud sexual y reproductiva. Su propósito es contribuir al manejo adecuado la consejería sobre la anticoncepción por parte del personal de salud y el PAMI (Programa de Antibióticos y manejo de Infecciones) v2.0: Aplicación móvil de apoyo para personal asistencial y médico en el manejo de infecciones y uso adecuado de antibióticos, con la integración de una aplicación web para la gestión de los contenidos” (Fundación Valle del Lili, 2018, pp. 20).

De acuerdo con el informe de gestión de la fundación Valle del Lili, requiere de una gestión correcta de los proyectos, de acuerdo con el tamaño y alcance de muchas iniciativas, han sido categorizadas como Proyectos Institucionales y a partir del año 2016, se toma la decisión de constituir la PMO - Project Management Office Institucional (Oficina de Gerencia de Proyectos Institucional) de tal manera que se logre centralizar la metodología de gestión de proyectos según la guía del PMI (Project Management Institute) con una perspectiva estratégica. De este modo, se espera que los proyectos sean entregados en los plazos establecidos, con la calidad esperada y dentro del presupuesto estimado. (Fundación Valle del Lili, 2018).

La tabla 1 muestra una síntesis de algunos elementos relevantes de los cinco hospitales revisados para esta investigación.

Institución	Gestión de la investigación	Participación Regional	Promoción institucional de la innovación	Últimos proyectos
Hospital Parc Taulí.	Gestora de instituto de investigación e innovación.	Tiene relación con PYMES (pequeñas y medianas empresas) y empresas del ámbito de tecnologías TIC y tecnologías sanitarias cercanas.	A través de la Plataforma de Innovación en Tecnologías Médicas y Sanitarias (ITEMA)	Desarrollo de software y de adquisición de TIC's, gestión certificada de investigación, desarrollo e innovación I+D+I, estandarización de procesos de innovación.
El hospital Karolinska.	Centro de investigación nacional e internacional.	Maneja un Clúster de ciencias de la vida en Suecia.	Mediante la Plataforma de Adquisición de Innovación e Innovación de Adquisiciones.	Plataforma de vídeo que a través de IP abierta, escalable e independiente de proveedores NUCLeUS de Sony.
Hospital Pablo Tobón Uribe	Unidad de investigación y docencia.	Consolida en Proyecto ECHO Extensión para los Resultados de Atención Médica Comunitaria.	Mediante la unidad de investigaciones propia.	Creación e implementación de la aplicación gratuita móvil, HPTUMóvil.
Fundación Cardio Infantil	Centro de Investigaciones.	Programa "Socios Estratégicos" creado para fortalecer la cultura del trabajo colaborativo.	Promueve un movimiento cultural basado en el uso y apropiación de la tecnología.	La cadena que salva vidas, mejoría de la cadena de abastecimiento.
La Fundación Valle del Lili	Centro de Investigaciones Clínicas.	Telemedicina LiliConnect.	PMO - Project Management Office Institucional (Oficina de Gerencia de Proyectos Institucional)	Salud móvil (El PAIS, 2019), este programa tiene como objetivo prestar servicios de salud "

Tabla 1 Síntesis Hospitales.

2.2 Innovación Hospitalaria

Innovación: Concepto en Hospitales

Es importante mencionar algunos conceptos actuales de la innovación extraídos de la literatura, la innovación puede entenderse como el resultado del procesamiento de ideas influenciada e impactada por la forma en que las organizaciones la conceptualizan, es decir el contexto en que las organizaciones la entienden y la aplicación. De esta manera, la serie de actividades realizadas dentro de una organización y los roles que se muestran en el entorno son las que generalmente determinan la forma en que se ha definido la innovación desde dentro. (Fayomi et al, 2009). De acuerdo con Fayomi, este autor realiza una compilación de definiciones acerca de la innovación que pueden construir un marco general de comprensión de la misma, entre ellos destaca, “el alcance organizacional en la ejecución de las ideas novedosas y específicas, proceso creativo, la suma de invención y explotación como resultado de la innovación, finalización radical del desarrollo de una función de forma creativa, valor agregado directo o indirecto para una organización y sus clientes, proceso de mejora de productos y servicios adoptado para agregar valor sustancialmente a una organización, desarrollo de nueva organización social (colaboración y asociación) , ejecución de un producto o proceso novedoso o notablemente renovado, un nuevo modo de comercialización. Una definición alternativa más amplia que puede ser: Innovación = Creatividad + Explotación "la innovación impulsa el crecimiento y ayuda a abordar los desafíos sociales” (Fayomi et al, 2019 pp 778) Esta serie de definiciones nos habla de la amplitud de definiciones existentes y de la necesidad de delimitar los contextos de aplicación, una ventaja importante de establecer contextos más específicos que si bien reconocen la amplitud de la definición, la adaptan a sus dinámicas más concretas.

Se pueden encontrar enfoques que complementen las definiciones tomando en cuenta el origen de la innovación, de acuerdo con Tomas, la innovación basada en la ciencia se enfoca en desarrollo de nuevos productos, servicios y procesos impulsados por grandes avances científicos y tecnológicos, por otro lado la innovación basada en la práctica se refiere al desarrollo de productos, servicios y / o procesos que ocurren como parte integral de las actividades laborales diarias, articulada por los recursos disponibles (Salge, 2012 citado en Tomas & Torsten-Oliver 2017).

En un hospital transitan practicantes de diferentes profesiones, allí la innovación en "forma de documentos, patentes, evaluaciones de dispositivos y demostraciones profesionales de método, proporciona un valor incalculable de ideas, que se desarrollan en la interacción dentro de la comunidad de practicantes" (Metcalf (2005) citado en Proksch et al, 2019). De esta manera además de los practicantes la innovación está relacionada con los demás *stakeholders* de la institución, ya que es desencadenada por desafíos a menudo mundanos que ocurren durante la rutina y las actividades de trabajo. Complementando esta idea con respecto al papel de los profesionales de la salud y otros profesionales de la institución, de acuerdo con Nurten la mayoría de las innovaciones, ya sea en el sector público o el sector privado, provienen del personal que trabaja dentro de las organizaciones (McSherry & Doglas, 2011 citado en Nurten et al, 2015). Teniendo en cuenta el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), la innovación es el proceso de desarrollar nuevos enfoques, tecnologías y formas de trabajo (CIE, 2009 citado en Nurten et al, 2015).

Continuando con la idea, la innovación también se define como las interacciones sociales dentro de la práctica clínica y los entornos educativos para la generación, aceptación e implementación de nuevos procesos, productos o servicios dentro de un entorno organizacional (Interés académico de innovación Grupo [SIG], 2017 citado en Joseph et al, 2019). Esta conexión permite la difusión y el mayor desarrollo del conocimiento, la innovación, a través de puertas de enlace (los actores dentro de las instituciones) y vías (trayectorias hacia la innovación), que pueden ser independientes de la geopolítica y otros factores externos (Weigel (2011) citado en Proksch, 2019).

Puede considerarse que las entradas de la innovación son las actividades referentes a investigación y desarrollo (I+D) que resultan en salidas representadas en patentes o protocolos (Cefis y Orsenigo, 2001; Geroski, Van Reenen y Walters, 1997 citados en Juliao-

Rossi et al, 2019. Recientes estudios han explorado elementos de persistencia para lograr convertir eficazmente estas entradas en las salidas esperadas, evaluando la persistencia a innovar en tiempo de crisis u otros escenarios (Antonioli y Montresor, 2019 citados en Juliao-Rossi et al, 2019). Por otro lado se ha estudiado la integración del concepto de estrategia, al comprender la innovación mediante un enfoque dinámico, en que se solapan decisiones sobre la innovación, ventajas competitivas y asertividad en la actuación. (Juliao-Rossi et al, 2019).

Es importante mencionar para esta tesis, algunos hallazgos que permitan comprender los tipos de innovación encontrada en hospitales, está referida a los efectos positivos que puede tener en el servicio a pacientes. De acuerdo con Proksch y otros autores, estos realizan una mirada integral de los ejemplos de innovación en salud, entre ellos: 1) a nivel general: La innovación en los hospitales conduce a mejores resultados para los pacientes, aumenta la utilidad para el seguro de salud, permite tratar enfermedades que anteriormente no se podían tratar, 2) a nivel de producto: el diseño de nuevas válvulas cardíacas disminuyen el riesgo de efectos secundarios indeseables, también propendiendo a disminuir la mortalidad, la monitorización continua de glucosa ha reducido el riesgo de hipoglucemia, la válvula del habla para niños les permite hablar a pesar de la traqueotomía, 3) A nivel de servicio: las intervenciones de cambio de comportamiento de salud móvil para el autocontrol de enfermedades cardiovasculares, las intervenciones basadas en mensajes de texto para la promoción de la salud crearon un impacto positivo a pequeña y mediana escala, el manejo de enfermedades crónicas a nivel remoto ha conducido a resultados positivo para el paciente, 4) a nivel de proceso: los dispositivos digitales en los hospitales conducen a una codificación diagnóstica más precisa y a una documentación más frecuente de los efectos secundarios, el uso de bloqueos nerviosos periféricos mejoró el resultado del paciente para cirugía ortopédica ambulatoria. (Proksch et al, 2019)

De acuerdo con la Guía para el análisis de la innovación en hospitales, en las entidades de salud pueden existir distintos caminos mediante los que la innovación puede generar

resultados valiosos Cotec (2016): “1) Innovaciones en planificación y políticas sanitarias: En ocasiones, estas políticas son consecuencia de innovaciones generadas en los hospitales como por ejemplo las unidades de cirugía ambulatoria, los programas de hospitalización domiciliaria, o de monitorización a pacientes de riesgo, 2) Innovaciones organizativas y clínicas: Llevadas a cabo dentro de un hospital, o en una parte de un hospital (o también en un grupo de hospitales) tienen la finalidad de mejorar los procedimientos diagnósticos, los tratamientos, la seguridad de los pacientes, etc. En esta categoría se incluyen las innovaciones por adquisición de tecnologías o el uso de la evaluación económica para tomar decisiones, 3) Innovaciones en fármacos, tecnologías sanitarias y dispositivos desarrollados por empresas: Se caracterizan porque el hospital desempeña un papel sustancial pero no es el principal beneficiario. Este tipo de innovaciones incluye los ensayos clínicos o los estudios observacionales y 4) Generación, desarrollo y transferencia de tecnologías: Este tipo de innovaciones comprende el resto de las actividades que desarrolla un “hospital emprendedor” y suponen una transferencia de conocimiento, cuya demanda no está inducida por una regulación. Las actividades incluidas en este grupo son bastante diversas: asesoramiento y consultoría, la transferencia de Know-How, los contratos de licencia de patentes o software” (Cotec (2016)) 4

Considerando lo anterior se establecen unos criterios aplicables a los resultados esperados de esta tesis, en primer lugar debe establecerse que el origen de la innovación puede estar tanto en la ciencia como en la práctica, tomando en cuenta los escenarios complejos y rutinarios del hospital en donde cada acto y cambio está directamente relacionado a la atención integral de un paciente. Que la interacción de los profesionales y el diálogo constante es fundamental para establecer dinámicas creativas entorno a la innovación enfocada a soluciones que garantizan el alcance de los resultados que puedan obtenerse, por ejemplo un resultado de innovación en una sala de cirugía puede duplicarse en hospitalización y viceversa. Finalmente se espera que los resultados de la innovación sean correspondientes a la mejor utilización de los servicios de salud, al desarrollo de productos

específicos para especialidades médicas, a la mejora de comportamientos en los pacientes y a cambios en los procesos o procedimientos médicos que generan nuevas formas de hacer y de solucionar situaciones adversas.

2.2.1 Hospital como escenario complejo de innovación

La complejidad de la Organización Hospitalaria empieza por su naturaleza institucional, siendo ésta una de las razones por las que escasean los estudios de innovación en hospitales (Cotec, 2016) y por las cuales se dificulta la aplicación de herramientas como el Manual de Oslo de la OCDE.

A continuación vemos la clasificación en la que se encuentra el Hospital Universitario Nacional, de acuerdo con el Manual Frascati de la OCDE.

	Universidad	Empresa	Gobierno
Universidad			
Empresa	Hospital Universitario privado		
Gobierno	Hospital Universitario público	Hospital privado Integrado al Sistema Nacional de Salud	
Institución sin fines de lucro (ISFL)	Hospital de Instituciones Sin Fines de lucro vinculado a la Universidad.		Hospital de Instituciones sin fines de lucro integrado al Sistema de Salud Nacional

Tabla 2 Clasificación Hospital Universitario Nacional

El Hospital Universitario Nacional - Corporación UN, se encuentra en la clasificación que integra a la Universidad Nacional de Colombia (Pública) y a la Corporación UN (Entidad privada sin ánimo de lucro). Esta integración contiene elementos que derivan, desde las políticas gubernamentales, todos los requerimientos que enmarcan a una institución Educativa de carácter público, características fundamentales de las instituciones de salud y por supuesto la connotación de empresa, que debe responder a todas las dinámicas del mercado.

Investigación de innovación en Hospitales

La institución hospitalaria presenta particularidades, causadas por las características diferenciadoras de estas organizaciones, ya que en sus funciones fundamentales confluye el conocimiento en tres momentos: la asistencia sanitaria, la formación, y la investigación, en donde estos tres elementos constituyen un alto grado de complementariedad. (Cotec, 2016)

Además de las tres funciones mencionadas los hospitales abarcan otras que garantizan su cotidianidad, entre ellas: la gestión económico-administrativa, el mercadeo, la calidad, los ciclos de atención, la comunicación, etc. (HUN, 2019). Dichas funciones tienen como objetivo común aportar valor desde diversas dimensiones: el retorno económico, la mejora de la calidad asistencial, la experiencia de los pacientes y familiares, y en un nivel macro la mejora en “la salud y la calidad de vida de la población”. (Cotec, 2016 pp. 18)

En la literatura existe un punto de discusión importante que tiene que ver con “la articulación entre docencia e investigación y el servicio asistencial. El centro del debate es si es coherente exigirle a todos los médicos especialistas clínicos, además de las habilidades para su tarea, destrezas para la docencia, e incluso la investigación, o si puede ser más razonable que las actividades de investigación las realicen especialistas con tiempo y dedicación suficiente para ello” (Harris et al, 2007).

De acuerdo con la Guía para el análisis de la innovación en hospitales, citando a Kennedy, “Shannon sostiene la idea que los médicos con cargos universitarios son también investigadores, y por tanto cuentan con capacidades para descubrir los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad”. En contraste, se considera que “es muy difícil que un mismo individuo pueda ser actualmente un líder en investigación biomédica, un buen docente, un gran clínico y además dedicar el tiempo suficiente a la docencia” (Rodes, J & Trilla, A. 1999).

De acuerdo con Ruiz, las dificultades que presentan los profesionales de la salud al enfrentarse a la investigación son: la presión del trabajo asistencial, carencia de tiempo, deficiencias estructurales, hasta la ausencia de líneas de investigación. Por otro lado está la falta de recursos para financiar las investigaciones y de personal de apoyo para codificar los datos. (Ruiz et al, 1995; Jowett et al, 2000, Citado en, Ceballos et al, 2004)

Las dificultades mencionadas ayudarán a establecer oportunidades de mejora y cambio a la hora de planificar la investigación en los diferentes procesos, secciones o departamentos de los Hospitales (Ceballos et al. 2004)

Determinantes de la innovación en Hospitales

Es muy importante mencionar en este marco conceptual, algunos de los determinantes en los que puede darse la innovación, es decir aquellos elementos necesarios para que se produzcan escenarios de innovación o que lleven a la organización por ese camino. En este apartado la información está referida principalmente a las instituciones de salud. Es importante formular preguntas asociadas al contexto en el que se encuentra el Hospital para establecer los límites y alcances que tiene el mismo con su entorno: 1) ¿Qué factores favorecen la innovación?, 2) ¿Qué factores dificultan la innovación, 3) ¿Qué fuentes de innovación pueden identificarse? Y 4) ¿Qué impacto puede tener la innovación en los hospitales, sus proveedores o la sociedad en general?

Debe considerarse que los factores que afectan la capacidad de innovación de una organización, tienen que ver con problemas que aún no se han resuelto del todo o a circunstancias cambiantes del entorno hospitalario, a la evolución en el conocimiento o el avance tecnológico, incluso en la evolución de las enfermedades y necesidades de los usuarios. De acuerdo con Zennouche, según la lógica del comportamiento organizacional, la capacidad de un individuo para innovar en el trabajo está influenciada por varios factores, que se pueden clasificar en tres niveles de análisis: individual, grupal y

organizacional (Zennouche, et al. 2014). De forma más específica el factor individual está absolutamente influenciado por la personalidad (autoconsciencia, autonomía y autoeficacia), la motivación (intrínseca o extrínseca) y la cognición (el conocimiento aplicado entre la divergencia y la convergencia. De acuerdo con el factor de grupo, este considera la relación entre estructura, clima, liderazgo y características de las diferentes tareas en relación a la interacción de las personas. Finalmente a nivel organizacional en entorno se ve afectado por la estructura en términos de formalización, centralización y comunicación, la cultura, la estrategia y los recursos. Zennouche, et al 2014).

En primer lugar, el grado de innovación en los hospitales está fuertemente influenciado por el Sistema Nacional de Innovación en Salud (o el ente responsable en cada país), que como sistema de innovación sectorial abarca una amplia variedad de actores y conocimiento relacionado (Proksch, 2019) que influye directamente en las dinámicas de la organización.

Por otro lado debe tenerse en cuenta la capacidad de innovar que tiene que ver con la transformación continúa de nuevos conocimientos e ideas en nuevos productos, procesos/servicios y sistemas (Fayomi et al, 2009), esta propiedad de innovar “tiende a distribuirse en toda la organización, independientemente del nivel jerárquico o especialización funcional, de esa manera la innovación es un concepto más amplio, que abarca la clínica, el diseño de la práctica y el servicio asistencial” (Department of Health, 2008: 55 citado en Tomas & Torsten-Oliver, 2017).

En algunos estudios relacionados se habla de que la innovación requiere visión, estructura, estrategia y compromiso con socios y partes interesadas, todas estas encaminadas a evaluar el impacto en la atención y los servicios para mejorar la atención de los usuarios (McSherry y Doglas, 2011 citado en Kaya et al, 2015). De acuerdo con los desafíos de las tecnologías emergentes, la necesidad de equilibrio en el costo y la calidad de la atención, se necesita una consideración más profunda de la naturaleza de la innovación. Preguntarse cómo operan, cómo piensan y resuelven problemas los innovadores, qué se necesita para

enseñar la innovación, de qué manera la cultura organizacional la fomenta o la suprime (Lachman et al., 2006 citado en Kaya et al, 2015) todos estos elementos integran una comprensión más amplia de los escenarios con capacidad para innovar.

Cabe mencionar que existen barreras específicas que dificultan la traducción de innovación en beneficios tangibles. Por este motivo la innovación se ha entendido en términos muy amplios, con su éxito visto como dependiente no solo de características de financiación, sino también en características sistémicas y culturales (Department of health, 2006; 2008, 2009a, 2009b citado en Tomas & Torsten-Oliver 2017). En otras palabras la innovación no solo depende de los resultados obtenidos en productos y servicios, también depende del contexto sistémico y complejo en el que actúa.

Existen otros requerimientos asociados a la interacción humana, otro tipo de variables entre ellas, la toma de decisiones para la innovación, uso de la tecnología y dirección estratégica (Porter-O'Grady & Malloch, 2015 citado en Joseph et al, 2015) Joseph examinó la innovación en instituciones de salud e identificó cinco antecedentes necesarios para la innovación: 1) valores organizacionales, 2) las relaciones en el trabajo, 3) la identificación organizacional, 4) el apoyo organizacional y 5) el liderazgo relacional (Joseph et al, 2015) se habla entonces de la importancia de reconocer el contexto, para complementar Garney define un programa de innovación enmarcado en tres categorías: 1) la población objetivo a la que se dirige, 2) el mecanismo de entrega del programa, y 3) el enfoque de desarrollo del programa utilizado (Garney, 2019)

También deben mencionarse que la innovación en las instituciones requiere de trayectorias específicas dentro de las cuales de manera transversal actúan, la capacidad para innovar y los productos obtenidos. (Juliao-Rossi et al, 2019) Sin embargo estas variables deben tener un límite, como explican, Jung y Wickrama a medida que aumenta el número de variables, el número de tipos de subdistribuciones aumenta llevando a problemas de convergencia para enfocar los esfuerzos en pro de resultados innovadores. (Jung y Wickrama ,2008 citado en Juliao-Rossi et al, 2019)

El estudio de Juliao-Rossi, incluye las siguientes determinantes establecidos: 1) de mercado, 2) interno capacidades de investigación I+D), 3) capacidades de diseño, 4) capital humano (capacidades relacionales y 5) capacidades de recaudación de fondos (Juliao-Rossi, 2019)

Siguiendo con la idea es importante mencionar que existen otras capacidades asociadas a la relación existente entre la organización y las fuentes externas, que han proporcionado ideas para la innovación, entre ellas: clientes, proveedores, competidores, universidades, centros de investigación, centros de desarrollo tecnológico, empresas del negocio de la empresa, grupo y asociaciones empresariales, seminarios, conferencias, revistas, internet, bases de datos científicas y patentes y bancos de derechos de autor (Bauernschuster et al, 2009 citado en Juliao-Rossi et al, 2019)

En conclusión de acuerdo con los determinantes de la innovación es necesario aclarar que deben tenerse en cuenta las políticas del sistema nacional o internacional sanitario que afecta inicialmente a las organizaciones, en segundo lugar las trayectorias de la innovación entramadas en el contexto institucional, trayectorias que definen la unión entre las capacidades de innovación y la obtención de resultados innovadores, en tercer lugar deben considerarse las barreras desde un orden sistémico e interrelacionado con los diferentes *stakeholdres* y sus comportamientos, para finalmente tener en consideración las capacidades desarrolladas en conjunto con todas las fuentes externas a la institución que puedan aportar en sus dinámicas innovadoras.

2.3 Conocimiento en Hospitales ¿Cómo Fluye?

La gestión del conocimiento puede considerarse como el eje del proceso de innovación, que en Hospitales Universitarios, transita entre la asistencia, la formación y la investigación, en ocasiones de manera simultánea. Se podría definir un hospital como una organización intensiva en el uso, producción, difusión y absorción de conocimiento para tratar las dolencias de los pacientes y obtener los mejores resultados (Cotec, 2016). Sin

embargo, se debe entender que, la aplicación del conocimiento se extiende más allá de la práctica del profesional, como indican estudios realizados en España donde se demuestra la importancia de la aplicación del conocimiento para mejorar la calidad de vida del paciente contando con su participación, esto se obtiene mediante la practica reflexiva y el pensamiento crítico en la labor cotidiana de los profesionales de la salud. (Minguez & Siles, 2014); Montenegro et al, 2017); Citados en Téran et al, 2017). En estas circunstancias, no es de extrañar que en los hospitales se cree conocimiento de forma continua, pero también se absorbe el conocimiento externo, se difunde entre sus empleados y departamentos, quienes finalmente lo usarán para generar un impacto social o económico. (Cotec, 2016)

Una manera de entender el transito del conocimiento sería un diagnóstico médico que requiera una re-interpretación, por ejemplo, un Odontólogo solicita una imagen diagnóstica de un paciente específico, el paciente asiste a la toma del estudio y al regresar con el resultado a ver al Odontólogo, este le dice que el estudio está mal tomado, así mismo el especialista de radiología asevera que realizó específicamente lo que estaba en la orden médica, razón por la cual la formulación ha de requerir una re-interpretación y ajuste, este caso particular contribuyó a algunas correcciones de lenguajes, que a pesar de ser el Odontólogo y el radiólogo cercanos en el área “salud”, no lograron ser eficaces en la comprensión de lo que uno necesitaba del otro. Este tipo de mejoras y/o correcciones cotidianas, generan conocimiento que termina siendo relevante para tratar de forma efectiva al paciente, pero también pasa a formar parte de la base de conocimiento -tácito y en ocasiones también explícito- del hospital y sus profesionales. (Cotec, 2016; Abreu-Hernández e Infante-Castañeda, 2004)

Esto tiene que ver con la relación Universidad-Hospital, este último es considerado una extensión del Alma mater, que se convierte en un lugar generador de conocimiento. Así, los resultados de dichas reflexiones y mejoras, son fuente de innovación para diversos ámbitos, nuevos dispositivos médicos e instrumental, o la modificación de un proceso de gestión hospitalaria. Se espera que las necesidades identificadas sean transmitidas hacia el

sector productivo, fomentando que los hallazgos y resultados de las investigaciones, puedan convertirse en futuros desarrollos de innovación. (Jaramillo-Salazar, 2007)

Es importante mencionar que la Unión Europea por su parte reconoce que la inversión en investigación en salud permitirá "prolongar la vida activa e independiente de las personas mayores, desarrollar intervenciones nuevas, más seguras y más eficaces y mantener una sanidad sostenible. Dotará a los médicos de los medios que necesitan para una atención más personalizada, potenciará la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas e infecciosas". Comisión Europea. Investigación e innovación. (Luxemburgo; 2014, Citado en Terán et al, 2017)

En el sector salud, predomina la innovación tecnológica, enfocada a la incorporación de nuevas tecnologías, para mejorar productos, servicios y procesos. (Terán et al ,2017). Parafraseando a Bunge (1960) se debe considerar el uso de la tecnología como el resultado de la aplicación del conocimiento en función de problemas prácticos. Por otro lado, en el campo de la salud se ha explorado en la estandarización de procesos de verificación de las tecnologías que se generan y utilizan, lo que debe garantizar tanto la seguridad del paciente como la optimización y uso racional de los gastos (Valencia & Manrique, 2004 citado en Montenegro et al, 2017). Dichas mejoras pueden influir incluso en la configuración de un clima organizacional positivo de las instituciones. (Segredo et al, 2015)

Los resultados de las investigaciones pueden dar lugar a transferencia de conocimiento en forma de licencias de patentes, modelos de utilidad, marcas, etc., o incluso la creación de empresas de base tecnológica (Spin-offs y Start-ups). También podrían ser utilizados en colectivos como los técnicos de laboratorio, personal de apoyo, celadores, personal de gestión, etc.

2.4 ¿Qué es la transformación organizacional?

El concepto

Para algunos autores “un primer factor que motiva a las organizaciones a transformarse es una concienciación colectiva de la crisis organizacional, que surge cuando se genera una ruptura del equilibrio dinámico que la organización sostiene con su entorno (grupos de interés), de esta manera la obliga a buscar nuevas perspectivas a través de nuevos comportamientos y conocimientos” (Marín, 2005 citado en Calderón, Cuartas & Álvarez, 2009, pp. 11).

“Los procesos de transformación organizacional, dada su profundidad, tienen la característica de causar un efecto dominó en el resto de la organización. Es decir, que aunque el proceso de transformación se enfoque en un solo aspecto, éste causará, directa o indirectamente, variaciones sobre diversos aspectos organizacionales como la estructura, la estrategia, las directivas, la cultura, el ambiente, los valores, las políticas y la tecnología”. (Calderón, Cuartas & Álvarez, 2009, pp. 11)

El concepto “transformación” es camaleónico, es tomado a menudo como un producto y tratado como *tal*, es decir que puede desarrollarse desde la metodología de producto de investigación, desarrollo, prototipo, comprobación y rediseño. Pero indudablemente, la literatura y la práctica de la transformación organizacional indican que la perspectiva no está muy extendida, se considera más instructivo entender los posibles usos para los cuales se aplica el concepto y explorar las diferencias de uso durante la práctica. (Tosey, 2001)

Según el Diccionario Webster, la transformación significa cambio en la forma, apariencia o estructura, metamorfosis, pero todo no se puede transformar (AKejini, 2009 citado en Nazarzadeh et al, 2015). La transformación a menudo se subestima con respecto a su complejidad y sus desafíos respecto a la gestión del cambio de comportamiento. (Buschmeyer, 2016) Puede decirse que la Transformación Organizacional en una empresa a menudo se define en términos relativos más que absolutos o en función de características inherentes al contexto, indicando de manera implícita o explícita el logro o representación

de un estado cualitativamente diferente. (Tosey, 2001). La transformación demuestra un “nuevo paradigma”, abierto a interpretación y con posibles variaciones, según perspectiva, tiempo, contexto, etc.

Entendido como proceso la transformación organizacional puede representarse a través de cuatro elementos: 1) el grado de compromiso personal en el proceso de transformación; 2) la medida en que la transformación se ve como un proceso más que como un producto; 3) la medida en que la transformación puede ser "diseñada"; y 4) si la transformación se considera necesariamente deseable, en comparación con su reconocimiento. (Tosey, 2001) Además, se han identificado tres tipos de cambios en los que la transformación es evidenciada: habituales, de transformación y de transferencia. (Daszko y col, 2005); citado en Nazarzadeh et al, 2015).

Aunque el acercamiento que se hace conceptualmente a la transformación organizacional, es general, de acuerdo con varios estudios, se ha dicho que en las Organizaciones de Salud, por ejemplo, la iniciación del cambio transformacional es a nivel top-down (de arriba a abajo) ya que las fuerzas institucionales son factores contextuales. (Denis et al, 2001; Harrison & Kimani, 2009; Kitchener, 1998; Oliver, 2007; Stebbins et al, 1998; Young, 2000; citado en Lee et al, 2012), muchos directivos de la salud están convencidos de que se necesita una reorientación fundamental en su modelo de negocio y la forma en que se manejan el mercado para que sus organizaciones naveguen en este entorno complejo (Appelbaum & Wohl, 2000; Champy & Greenspun, 2010 citado en Lee et al, 2012).

Además, la implementación del cambio transformacional en dichas instituciones procede de acuerdo con un plan, es decir, un "mapa" de cómo llegar (Denis et al. 2001; Harrison & Kimani, 2009; Kitchener, 1998; Oliver, 2007; Stebbins et al, 1998; Young, 2000; citados en Lee, 2012) y algunos acuerdos sobre la duración del cambio transformacional en instituciones de salud indican que puede darse de dos a cinco años (Kitchener, 1998; Stebbins et al, 1998; Young, 2000 citados en Lee, 2012).

Debe considerarse la correlación entre el liderazgo transformacional y la innovación organizacional dado que la administración y el liderazgo juegan un papel crítico en el proceso de Innovación, debido a que los funcionarios esperan tener una transformación a nivel administrativo más consciente (Karimi, 2015). Por lo tanto, es importante resaltar investigaciones que busquen alinear con mayor precisión los roles que juegan los ejecutivos en el lanzamiento y la supervisión de las transformaciones. El cambio transformacional debe examinarse en términos de desarrollo, relaciones dinámicas entre el director ejecutivo, la junta y el equipo de alta dirección (Lee, 2012).

El cambio

Antes de ahondar en el concepto de cambio, debe aclararse que la necesidad de que la organización mejore en productividad, aumente la moral o valores corporativos y/o redefina su cultura, puede surgir a causa de una serie de eventos secundarios, no deseados e inevitables. (Godwin-Nosakhare, 2018). Entre ellos: el crecimiento corporativo, adquisiciones, fusiones, necesidad de innovación, implementación de gestión de proyectos e iniciativas de mejora de la calidad, situaciones que influyen y desencadenan iniciativas de cambio.

De acuerdo al contexto, el proceso de cambio ha de considerar factores tales como el clima político, social y económico, los cambios en la competencia, la base de clientes, la tecnología y el crecimiento continuo. Estos son solo algunos de los problemas involucrados en el proceso de cambio (Barnett, 2005 citado en Nazarzadeh et al, 2015). Solo aquellas organizaciones que permiten el cambio y la transformación dentro de su marco institucional como requisitos generales en la gestión, superarán las dinámicas del contexto. (French y Bell, 2006 citado en Nazarzadeh et al, 2015). Considerando que dichos cambios se logran principalmente a través del comportamiento adaptativo de los individuos (Ford, 2005 citado en Buschmeyer, 2016).

El cambio transformacional se define como un cambio intencionado y multidimensional que se aleja radicalmente de los precedentes pasados de una organización, apunta a

reajustes a gran escala, es complejo y sistémico. Los líderes organizacionales buscan estos cambios para superar la inercia organizacional y establecer un nuevo rumbo para el desarrollo de su organización (Lee et al, 2012).

La probabilidad de un cambio transformacional está directamente relacionada con las dependencias de poder, autoridades que deben ser capaces de persuadir y superar la resistencia de otros actores institucionales. Debe considerarse la capacidad organizativa para la acción, es decir, la comprensión compartida de un nuevo destino organizacional, la disponibilidad de experiencia, recursos para esta transición, habilidades y competencias suficientes para funcionar en el estado organizacional transformado (Lee et al, 2012). Varios estudios advierten que el cambio transformacional fue disuadido o retrasado cuando no hubo compromiso entre los diferentes actores institucionales y el estado futuro propuesto por la organización (Amis et al, 2004a; Clark & Soulsby, 1995; Cule & Robey, 2004; Kim, 2007; citados en Lee et al, 2012). Debido por ejemplo a que los miembros de la organización involucrados en la implementación del cambio no estaban seguros de qué hacer o cómo sostener el cambio (Kim, 2007).

Promover el cambio implica cierto tipo de apertura, necesaria para empezar a gestarlo o proponerlo, de acuerdo con Devos y Buelens (2003), se determinan tres factores importantes correspondientes a la apertura para el cambio: el implícito del cambio organizacional, el contexto en el que ocurre el cambio y el proceso del cambio organizacional. (Godwin-Nosakhare, 2018). Los gerentes confrontan la situación actual e intentan cambiarla desde una perspectiva idealizada que es completamente diferente de la existente. (Karimi, 2015) Sin embargo, el compromiso de los empleados es fundamental, este se refiere al apego emocional, la identificación o la vinculación con una organización o partes individuales de la organización, tales como valores, objetivos y roles. Dependiendo del enfoque de la investigación, el compromiso puede ser ocupacional, organizacional o de cambio. (Buschmeyer, 2016)

Es de resaltar que la eficiencia del cambio se puede medir en términos de si el proyecto se completó dentro del presupuesto planificado y el cronograma. Además, debe examinarse si el cambio condujo a los objetivos generales deseados (Atkinson, 1999). Desde una perspectiva de comportamiento, la forma en que los empleados apoyaron el proceso de cambio debe ser tomada en cuenta de acuerdo al impacto generado. Para asegurar el éxito a largo plazo y la constante reinención es necesario un liderazgo organizacional en el contexto del cambio estratégico, considerando el impacto de éste en la productividad organizacional e individual y su relación con la transformación. (Godwin-Nosakhare, 2018).

Marco general de funcionamiento

En la Figura 4 se puede observar lo que sería un marco general de funcionamiento de la transformación organizacional, en ella se evidencian los objetivos de la transformación, que van desde la supervivencia hasta el desarrollo del potencial del personal, dando respuesta a las necesidades relacionadas con la competitividad o la eficiencia y los deseos de cambiar la cultura o los comportamientos de los interesados institucionales.

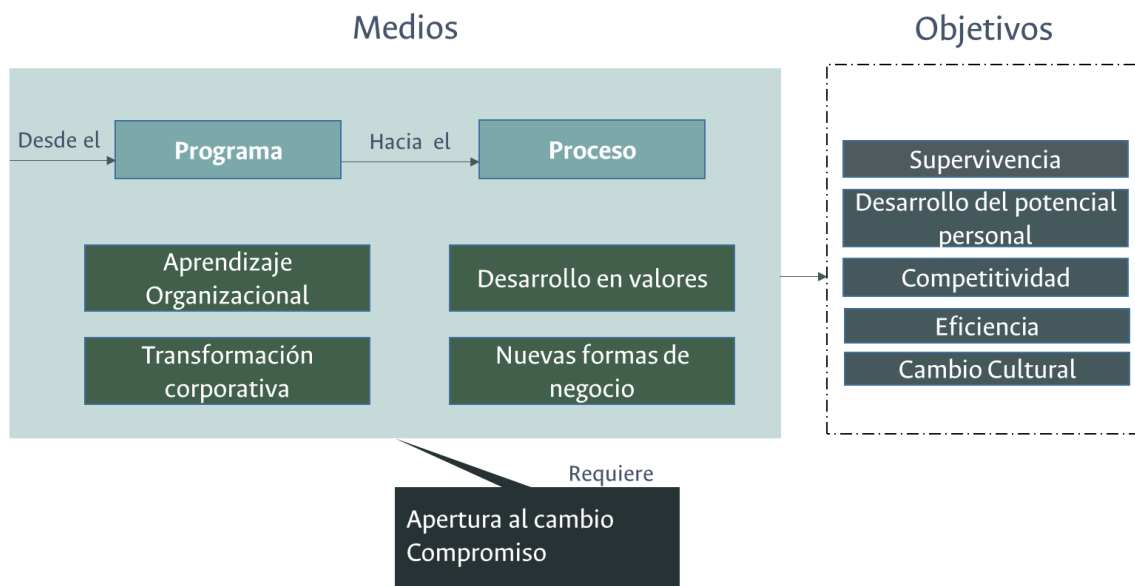


Figura 4 Marco general de funcionamiento de la transformación organizacional. Basado en (Tosey, 2001)

Igualmente, se representan los medios para la transformación, entre los que se considera “el programa” como un método controlado y planificado y la idea de “proceso” correspondiente al compromiso y necesidad de apertura para el cambio, teniendo en cuenta que la transformación se considera a través de la noción de “viaje” que implica un “salto de fe”, hacia nuevos paradigmas y no como un resultado instrumental.

De este modo dentro de los “cambios de forma” en los que puede considerarse un efecto transformador, existen: 1). *La nueva forma de negocio*, nuevo carácter organizativo o entrada en un nuevo negocio (Sund et al, 2014). Este cambio de forma a menudo puede ser una elección intencional e inevitablemente implica una discontinuidad, por ejemplo, una fusión empresarial o un cambio de lo público a lo comercial (Tosey, 2001). 2) *Transformación corporativa*, programas de cambio intencional que se enfocan en todo el sistema a través de un proceso relativamente controlado o planificado. Así mismo, tiene que ver con programas a gran escala como la Gestión de calidad total TQM (Total Quality Management por sus siglas en inglés) (Eckes 2001), la reingeniería de procesos comerciales, Six Sigma y otros usados para suplir la necesidad de ser más competitivos o más eficientes, este método altamente programado, generalmente dirigido por expertos, conduce a la transformación como un "producto".(Zapata ,2004); 3) y 4) *Aprendizaje organizacional y Desarrollo en valores*, ambos con un enfoque generativo y evolutivo, particularmente una visión que considera que un cambio de mentalidad, puede lograr un desarrollo en el potencial tanto de la organización como de su gente (Aquino-Flores, 2018).

Existen modelos conceptuales respecto a la transformación organizacional que pretenden interconectar e interrelacionar elementos de las organizaciones, es importante mencionar un ejemplo en pro de la contextualización de la transformación en la institución. Con el fin de reconocer si son transformadoras o pueden cambiarse para serlo (Nazarzadeh et al, 2015) deben reducirse las deficiencias organizacionales en cuatro áreas principales para prepararse para la transformación (Nazarzadeh et al, 2015) como se muestra en la figura 5.



Figura 5 Modelo conceptual de la transformación. Basado en Nazarzadeh et al, 2015

Estructura organizacional, es la manifestación del pensamiento sistémico, al comprender la organización desde una serie de elementos relacionados entre sí en una unidad. La combinación de estos elementos, constituye la filosofía organizacional que considera elementos tanto duros como blandos, buscando que las actividades organizacionales se dividan, organicen y coordinen. (Gholam et al, 2016). Las estructuras tradicionales que incluyen cuestiones como la división del trabajo, la jurisdicción y el control de diferentes diseños organizativos, con su respectiva manera de clasificar, agrupar y coordinar tareas pueden no ser apropiadas para el cambio. (Nazarzadeh et al, 2015)

Es necesario que existan patrones diseñados por la gerencia, sobre las tareas de los individuos y los grupos para lograr las metas organizacionales más flexibles, con toma de decisiones descentralizada, el poder compartido y una estructura adecuada que considera parámetros adaptativos e indicadores transformacionales para evolucionar (Vaezi y Sabzikaran, 2010 citado en Nazarzadeh et al, 2015).

Recursos humanos (potencial para transformar): Dado que las organizaciones son creaciones humanas, son los humanos la inversión más importante de estos ecosistemas y por lo tanto son el eje de la transformación organizacional, la preparación del personal es clave para enfrentar y afrontar los cambios, percibiendo su propio éxito y potencial

desarrollado. (Nazarzadeh et al, 2015) El personal debe contribuir a acelerar el proceso de la organización para convertirse en transformadora, a través del desarrollo de capacidades relacionadas con comportamiento, energía, poder y flexibilidad necesarios para ejecutar sus diferentes logros (Alhoseini, 2000 citado en Nazarzadeh et al, 2015).

Parafraseando a Karimi, respecto a la selección del personal los directivos atraen funcionarios o profesionales basados en la influencia idealizada, dichos profesionales los reconocen como paradigma y modelo. Es decir, intentan llegar a ser lo mismo que sus gerentes o directivos. Eso potencia la capacidad de comprometerse a lograr la productividad e innovación deseada, probar nuevos métodos de trabajo, lidiar con nuevos problemas, tener diferentes puntos de vista en el análisis y adquirir conocimiento y tecnología actualizados. Los afectados por la transformación deben entender por qué el proceso de cambio es necesario y cómo cada empleado puede contribuir a su implementación exitosa (Buschmeyer, 2016). Por lo tanto, se debe seleccionar al individuo con la mayor influencia idealizada para la gestión de la organización. (Karimi, 2015).

Igualmente, un empleado o directivo requiere competencias para adaptarse rápidamente y lidiar con las emociones, con el fin de lograr cambiar, aprender y tomar la iniciativa. Las competencias se componen de habilidades, calificaciones y logros que se han desarrollado en el curso de la vida personal y dependen del talento, la práctica y el conjunto de resultados, conocimientos y experiencia previamente adquiridos (Wentzel et al, 2009 citado en Buschmeyer, 2016)

La cultura organizacional: Es el sistema de percepción compartida entre los miembros de una organización. Debe decirse que los programas de transformación de la cultura organizacional pueden facilitar o inhibir, construir o detener planes y tienen un papel innegable en el éxito o el fracaso de las organizaciones (Hoseiniyan et al., 2010 citado en

Nazarzadeh et al, 2015). La cultura es una herramienta que puede ser proporcionada fácilmente por los cambios en la organización y las nuevas orientaciones estabilizadoras. Percibir y controlar barreras culturales como la resistencia al cambio (Martínez et al, 2011 citado en Buschmeyer, 2016) puede mitigar las fallas en los procesos transformadores y cambiantes (Nazarzadeh et al, 2015).

En ese mismo contexto, la comunicación es un factor de éxito que con frecuencia se discute para un proceso eficiente de transformación. Según el informe de Performance Management Institute sobre el cambio organizacional del año 2014, el 50 por ciento de las fallas en los proyectos de cambio están relacionadas con comunicaciones ineficaces (PMI, 2014). Además, la comunicación poco clara o retrasada conduce a diferentes interpretaciones sobre los objetivos de transformación y su implementación. Como consecuencia, la falta de conocimiento y comprensión resultan en malentendidos que causan confusión y frustración entre los empleados. (Buschmeyer, 2016)

Se debe destacar especialmente la importancia de la comunicación mutua o multilateral, en la que obtener retroalimentación es un instrumento importante dentro del contexto de la transformación organizacional (Doppler, 2014 citado en Buschmeyer, 2016). Las posibilidades típicas de diseño para la comunicación multilateral incluyen talleres y reuniones de equipo (Doppler, 2014 citado en Buschmeyer, 2016) Además, los llamados consejos de cambio, que están compuestos por representantes de la dirección y de la alta gerencia, ayudan a impulsar el cambio estratégico (Asgarian, 2015)

El componente tecnológico: Hoy en día, la tecnología junto con el recurso humano funcionan a través de diferentes organismos en función de la productividad y la calidad. Promover la eficiencia depende en muchos factores de un mayor nivel de conocimiento, uso y apropiación de la tecnología (Hoseinpour, 2007; Nazarzadeh et al, 2015).

2.4.1 El concepto de estrategia.

La presente investigación enmarca la estrategia desde definiciones que la vinculan directamente con las actividades de la organización y el direccionamiento empresarial. Entre ellas, para Chandler, “la estrategia es la determinación de las metas y objetivos de una empresa a largo plazo, las acciones a emprender y la asignación de recursos necesarios para el logro de dichas metas”. (Chandler. 2003 citado en Contreras, 2013, pp. 161).

Este énfasis destaca “que una organización no se hace de un día para otro y que se requiere de mucho tiempo y de la aplicación de recursos suficientes para alcanzar la madurez. Recursos no exclusivamente financieros, sino también logísticos y humanos”. (Contreras, 2013, pp. 162).

Drucker, considerado el padre de la administración moderna, afirma que la esencia de la estrategia está en conocer ¿qué es nuestro negocio? y ¿qué debería ser? (Drucker, 2007). “A juicio de Drucker, normalmente las empresas se olvidan de lo más obvio: a qué se dedica la empresa y distribuyen su esfuerzo en otras actividades que merman el objetivo principal”. (Contreras, 2013, pp. 161).

Tomando en cuenta a Carneiro Caneda (2010), “la estrategia es la orientación en el actuar futuro, el establecimiento de un fin, en un plazo proyectado y aceptable hacia el cual orientar el rumbo empresarial. Las organizaciones deben pensar siempre en la aplicación del principio de continuidad o negocio en marcha, eso quiere decir que los objetivos se deben establecer siempre en el largo plazo para que se puedan estructurar de forma congruente con lo que el mercado exige. Este es uno de los aspectos fundamentales de las estrategias: pensar siempre hacia adelante, en el futuro, colocando todas las fichas necesarias en el tablero y moviéndolas de tal manera que el horizonte se torne lo más predecible posible”. (Carneiro-Caneda, M. 2010, pp. 60).

De acuerdo con la literatura Mintzberg afirma que la estrategia es entendida a través de cuatro categorías: plan, patrón, posición y perspectiva. (Mintzberg, H. 1987)

- Plan, refiriéndose a un "cómo" o aquel medio para llegar de un punto A a un punto B.
- Patrón, segmentado en acciones a lo largo del tiempo; Por ejemplo, una empresa que regularmente comercializa productos muy caros está utilizando una estrategia de "gama alta".
- Posición en el mercado, es decir, refleja las decisiones de ofrecer productos o servicios en mercados particulares.
- Perspectiva, es decir, una visión y dirección, una visión que contempla en qué se convertirá la empresa u organización.

Como cuestión práctica, la estrategia evoluciona con el tiempo a medida que las acciones acomodan la realidad. Por lo tanto, uno comienza con una perspectiva dada, concluye que requiere una determinada posición y comienza a lograrlo mediante un plan cuidadosamente elaborado. Con el tiempo, las cosas cambian. Un patrón de decisiones y acciones marca el movimiento desde el punto de partida hasta el objetivo. Este patrón de decisiones y acciones se llama estrategia "realizada" o "emergente". (Mintzberg, H 1987).

2.5 Abordaje conceptual del trabajo de campo.

La "práctica" debe entenderse como un tipo de comportamiento rutinario que consta de varios elementos, interconectados entre sí: actividades, formas de pensamiento, las "cosas" y su uso, un conocimiento de fondo, que contempla el *know-how*, estados de ánimo y motivación. (Reckwitz, 2002)

El recorrido para entender la sociomaterialidad a través de las prácticas debe empezar comprendiéndose desde el camino que recorre la institucionalidad a lo largo del Hospital Universitario, en este momento y pasando por el proceso de acreditarse. Esto sumado a los requerimientos establecidos por los diferentes entes de control, adicional a los controles internos referentes al riesgo, la seguridad y los compromisos medio ambientales, hacen que la institución se vea inmersa en una serie de requerimientos que parecen de

nunca acabar. Dichos requerimientos se traducen en tareas, planes de acción y planes de mejora con todo lo que ello implica, fechas, metas, objetivos, indicadores, entre otras.

Tres elementos que cabe mencionar para ejemplificar la forma como trabaja la institución por procesos son: La caracterización de procesos, la construcción de indicadores y el desarrollo de una matriz de riesgos. Estos tres elementos se desarrollaron casi que de manera paralela, exigiendo una adaptación institucional compleja, pues muchos de los subdirectores tuvieron que aprender, aprehender y re-estructurar a través de otro lenguaje al que no estaban acostumbrados.

El recorrido inicia a través del diseño del subproceso correspondiente por parte de un proceso, ya sea estratégico, táctico u operativo²⁸. Este subproceso considera una serie de actividades de capacitación, evaluación, formatos que serán entendidos como una tecnología creada y diseñada desde la institución, y contemplan requerimientos de tipo, funcional, formal, legal y de uso.

²⁸ Como se explica en García, G, Lange, K, Baquero, M, Ramos, M (2008) cada uno de ellos se define así: Nivel estratégico-directivo: se contempla la modificación de la visión de la ergonomía en aquellos procesos de proyección y desarrollo de la institución como totalidad. Nivel táctico-colectivo: éste se refiere al cambio en la percepción y forma de participación de los departamentos como unidades funcionales, incluyendo en éste tanto a los encargados de los mismos como a los trabajadores involucrados. Nivel operativo-individual: hace referencia al cambio actitudinal de cada trabajador respecto a su responsabilidad y posibilidades de optimización de su puesto de trabajo. (García et al 2008, citado en Niño-Sánchez, 2016 pp.4.)

Este formato en sí mismo constituye un elemento que debe dialogar con las personas que lo van a diligenciar, debe ser adaptado al pensamiento y uso de cada dueño de proceso. Parafraseando a Orlikowski, se definen las formas de adaptación de nuevas tecnologías en la organización, como una comprensión dinámica, con participación continua de la acción humana, considerando así la emergencia, cambios en el uso y apropiación de nuevas estructuras tecnológicas. (Orlikowski 1992, pp 405). El formato entraría en la etapa de usabilidad, para poder generar momentos de comprobación y mejora.

La participación continua de la acción humana se pone en evidencia cuando cada responsable de proceso se enfrenta a los formatos institucionales. La emergencia y los cambios en el uso pueden observarse en la medida en que cada uno comprende a su manera la forma correcta de diligenciar los formatos, adicionalmente la narrativa de varios formatos tiende a mostrar variantes de usabilidad.

Por ejemplo, la redacción de una entrada es diferente si viene de una especialidad de la ingeniería a si viene de la especialidad médica, entrada descrita por un proceso de la ingeniería: “Matriz identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles”, ²⁹entrada descrita por la especialidad médica: “Plan de manejo integral que incluye soporte nutricional, prescripción de medicamentos, ordenes de apoyo diagnóstico, interconsultas o traslado a otros servicios”³⁰. Se puede observar una suerte de trabajo más descriptivo en la especialidad médica. Los dos ejemplos son útiles, correctos, pero son una forma de mostrar el cambio en el uso del formato.

Finalmente, respecto a la apropiación tecnológica de los formatos, la apropiación implica poder hacer correcciones sobre el formato mismo durante su ejecución. Esta puede demostrarse en los procesos en que el subdirector o subdirectores se toman el tiempo de

²⁹ Tomado de los formatos de caracterización construidos en el Hospital Universitario. OP-FR-195- Fecha de elaboración: 2019-06-29 – Talento Humano.

³⁰ Tomado de los formatos de caracterización construidos en el Hospital Universitario. OP-FR-195 Fecha de elaboración: 2019-06-26 - Atención del paciente en Cuidado Crítico.

comprender la lógica del formato y el significado de: el proveedor, la entrada, la salida y el cliente. Cuando se entiende esta lógica y se hace una corrección sobre posicionamiento de una entrada o ajuste de un cliente, se ha experimentado la apropiación de la estructura tecnológica, y, adicionalmente, se han conectado las intenciones funcionales del diseño del formato, con las condiciones funcionales del diligenciamiento o uso del formato en los procesos.

Este proceso ha tenido un enfoque constructivista en el que, se ha tenido en cuenta la tecnología a través de la conformación de la cultura, las interacciones sociales en las organizaciones, teniendo en cuenta cómo la tecnología logra “la estabilización” a través de procesos de negociación, persuasión y debate, logrando consensos de la comunidad. (Orlikowski, 1992 citado en Orlikowski, 2000)

El modelo estructural construido en la intencionalidad del formato, contempla el hecho de que es una tecnología diseñada y desarrollada a través de un proceso e intención sociopolítico que resulta en estructuras (reglas y recursos) incrustados y adheridos a la tecnología.

Este modelo debe ser construido por los agentes humanos, como lo explica Orlikowski: Son los agentes humanos los que construyen en tecnología los esquemas interpretativos (reglas que reflejan el conocimiento del trabajo automatizado), ciertas facilidades (recursos para realizar ese trabajo) y normas (reglas que definen la forma de ejecutar un trabajo). (Orlikowski, 1992 citado en Orlikowski, 2000)

3. Recorrido de Investigación. (Construyendo un esquema de trabajo).

En este capítulo se mostrarán detalles referentes al trabajo de campo realizado en el HUN, desde el mes de Febrero, hasta el mes de Agosto, teniendo en cuenta diarios de campo, análisis de reuniones y entrevistas semi-estructuradas y la participación en un proceso transversal de la institución. En la primera parte se mostrará el diseño metodológico planteado, luego lo que fue la investigación participante, con algunas apreciaciones que sirvieron de insumo para la propuesta y en la segunda parte un taller participativo en torno a problemáticas más enfocadas entendidas durante el trabajo de campo previo. Este diagnóstico fue compartido y socializado con algunos funcionarios del HUN, para ir enriqueciendo la investigación presentada.

3.1 Diseño metodológico

Se considera para esta tesis un abordaje cualitativo interpretativo en donde prime la investigación cualitativa y la información compartida con los profesionales de la salud del Hospital Universitario Nacional. Las fases propuestas para la investigación son:

Fase I: Lectura Bibliográfica

Tiempo aproximado: cuatro meses

Objetivo: Apoyar el objetivo 3 y 4.

Establecer ejes conceptuales de desarrollo que dialoguen entre sí.

Fase II: Comprensión de las dinámicas trabajo de campo. Etnografía.

Tiempo aproximado: cuatro meses

Objetivo: Apoyar el objetivo 1 y 2, fortalecer el 3 y 4 en la praxis.

Conocer a los actores principales del sistema e identificar interacciones.

Se garantiza bajo la asistencia de 8h semanales al Hospital Universitario Nacional, en los espacios administrativos, como subgerencia, facturación, mercadeo, etc.

Fase III: Entrevistas semi-estructuradas y Talleres participativos (actores que se ven involucrados en la cadena de valor del servicio).

Tiempo aproximado: seis meses

Objetivo: Apoyar el objetivo 4.

Nutrir los resultados anteriores y proponer la metodología y estrategias de transformación.

Fase IV: Socialización y retroalimentación del proyecto con los actores participantes.

Se consideraron las siguientes actividades durante la investigación.

a) Inducción al proyecto:

Objetivo: Explicar de manera clara y concisa a cada participante de este proyecto, ya sea directivo, funcionario, técnico o profesional de la salud, los objetivos del proyecto y los elementos fundamentales que pretende involucrar durante la investigación.

Participantes: Investigador principal, profesionales de la salud, directivos, administrativos, funcionarios, usuarios, que participen en los procesos de la ruta del servicio del Hospital Universitario Nacional.

Estrategia: Para que cada participante pueda reconocer de manera concisa las intenciones y objetivos del proyecto, el investigador principal Luis Fernando Niño será responsable del diseño de presentaciones y elementos de comunicación durante el proceso investigativo.

b) Entrevistas semi-estructuradas

Objetivo: Identificar las interacciones entre los diversos procesos y procedimientos que se incluyen en la ruta del servicio, para poder esquematizar el mapa de trabajo del sistema organizacional del Hospital Universitario Nacional. Teniendo en cuenta, los espacios, las personas, los elementos y los formatos.

Participantes: Investigador principal, profesionales de la salud, directivos, administrativos, funcionarios, usuarios, que participen en los procesos de la ruta del servicio del Hospital Universitario Nacional.

Estrategia: Se llevaran a cabo entrevistas con cita previa, teniendo en cuenta la disponibilidad del personal del hospital y dando garantía de la buena utilización del tiempo y los recursos. Se entrevistara y transcribirá el contenido de las entrevistas para registro documental de la investigación.

c) Talleres y reuniones de participación

Objetivo: Identificar las interacciones entre los diversos procesos y procedimientos que se incluyen en la ruta del servicio, para poder esquematizar el mapa de trabajo del sistema organizacional del Hospital Universitario Nacional. Teniendo en cuenta, los espacios, las personas, los elementos y los formatos.

Participantes: Investigador principal, profesionales de la salud, directivos, administrativos, funcionarios, usuarios, que participen en los procesos de la ruta del servicio del Hospital Universitario Nacional.

Estrategia: El investigador Luis Fernando Niño, moderará un taller en torno a la esquematización y propuesta de estrategias de mejoramiento del sistema organizacional del Hospital Universitario Nacional enfocadas a la ruta del servicio.

d) Observación del sistema organizacional y la ruta del servicio.

Objetivo: Identificar las interacciones entre los diversos procesos y procedimientos que se incluyen en la ruta del servicio, para poder esquematizar el mapa de trabajo del sistema organizacional del Hospital Universitario Nacional. Teniendo en cuenta, los espacios, las personas, los elementos y los formatos.

Participantes: Investigador principal, profesionales de la salud, directivos, administrativos, funcionarios, usuarios, que participen en los procesos de la ruta del servicio del Hospital Universitario Nacional. (Formatos de consentimiento informado)

Estrategia: Para este proceso se realizará observación en los diferentes momentos de la ruta del servicio correspondientes al sistema organizacional del Hospital Universitario Nacional (sala de espera, radicación de documentos, facturación, referencia y contrareferencia, entre otros).

3.2 Investigando desde la participación en la organización.

Desde el inicio el proyecto es apoyado por la Dirección General, con el fin de cumplir con los lineamientos actuales manejados por la institución. Se busca que la investigación deje en el Hospital un aprendizaje valioso, diferente y acorde con sus dinámicas.

Se presenta el proyecto ante el Comité de Ética de la institución, se realizan las actividades de inducción correspondientes a todos estudiantes, investigadores, profesores que habitan el hospital y se entiende la adherencia a los planes de acción y mejoramiento.

El trabajo de campo está enfocado en hacer un recorrido por los diferentes actores institucionales y es fundamental para fortalecer el cumplimiento de los objetivos específicos 1 y 2 de esta investigación (ver numeral 1.2). En ellos se plantea la identificación de las prácticas que deben ser percibidas y documentadas, en acompañamiento de los profesionales tanto asistenciales como administrativos del hospital, el reconocimiento de

las interacciones entre áreas que debe ser registrado durante la participación en reuniones de trabajo, que finalmente evidencian las criticidades o problemáticas transversales a toda la institución.

También se busca esquematizar un mapa de trabajo (modus operandi) del HUN, tomado de la experiencia y acciones compartidas con los profesionales de la Institución durante el trabajo de campo planteado. Desde el inicio se reconoce que la perspectiva de los actores es fundamental para el trabajo participativo que se pretende desarrollar.

Se propuso una idea concreta al HUN para acompañar a los diferentes directores, coordinadores y jefes en cada uno de los servicios a través de entrevistas semi-estructuradas, talleres, grabaciones y observaciones. Desde las direcciones de calidad, operaciones y talento humano (J.A. Giraldo, comunicación personal, 26 de Marzo de 2019) se propuso participar en el plan de mejoramiento correspondiente a la caracterización de procesos³¹. Esto permitió darle a la investigación el panóptico que pretende, una mirada integral de la institución partiendo del punto de vista de la planeación, diseño, ejecución y verificación de un proceso específico.

³¹ Formato institucional [OP-FR-195] Caracterización de Procesos - V1.

Contexto general

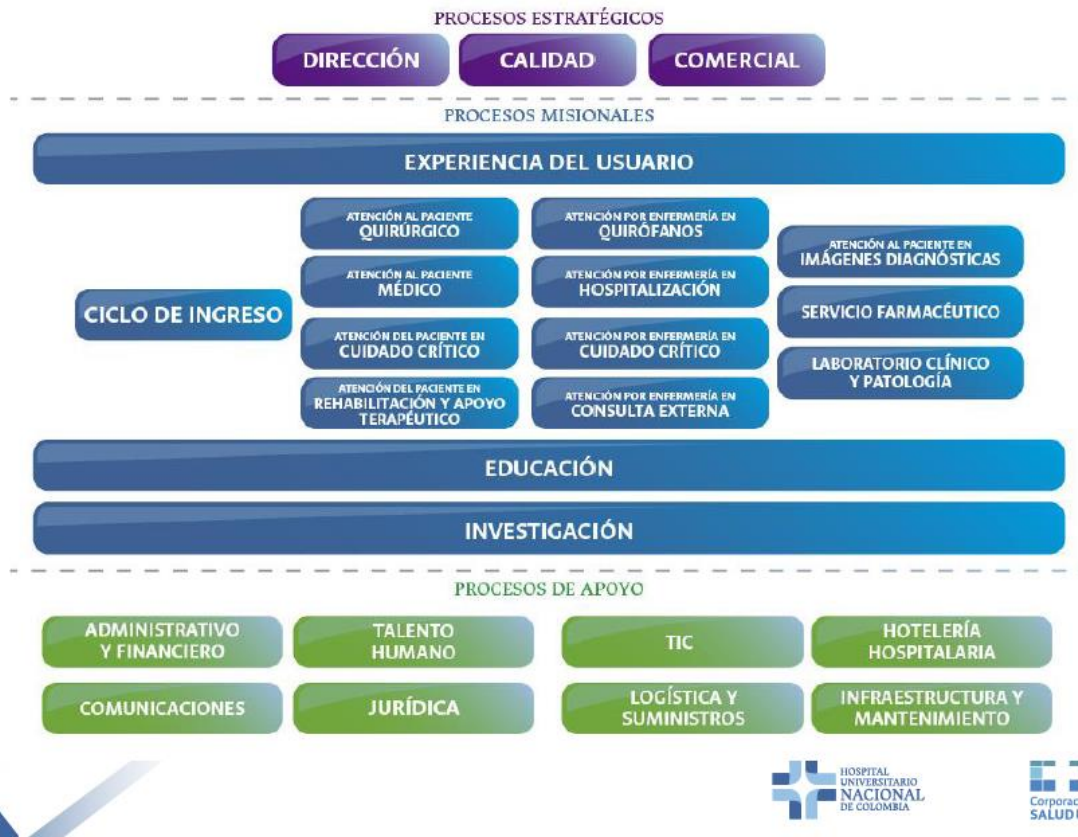


Figura 6 Mapa de procesos HUN. (HUN, 2019)

El HUN, actualmente cuenta con veintiséis procesos, los cuales están divididos en tres estratégicos, quince misionales y ocho de apoyo. Cabe mencionar que durante el desarrollo del trabajo de campo, se evidenciaron tres cambios en el mapa de procesos, lo que indica que estaba en evaluación y re-estructuración. (R. Gómez Benavides, comunicación personal, 20 de Marzo de 2019; 07 de Mayo de 2019 & J.A. Pérez Cely, comunicación personal 22 de Agosto de 2019). La responsable de liderar la caracterización de procesos es la directora de operaciones del HUN, quien se compromete a compartir la información necesaria para tanto realizar la tarea como para fortalecer la investigación propuesta y trabajar en equipo con el investigador de esta tesis.³² Ver Anexo 1

³² CA-FR-01 Acta de reunión 2019-05-21 Versión: 03

Método inicial de implementación de la caracterización

Debe entenderse que la persona responsable diseña un formato de caracterización de proceso que contiene la siguiente información: Objetivo general, alcance, proveedores, entradas, salidas y clientes, actividades clave cruzadas con el ciclo PHVA, necesidades del proceso, necesidades del cliente, recursos (físicos, tecnológicos y de talento humano), marco normativo, marco legal e indicadores. En el Anexo 2, se puede ver el formato que se manejó con sus respectivos ítems.

En busca de posibilidades de dialogo, comprensión de las pretensiones del proyecto y evitar la resistencia por parte de la comunidad del Hospital, durante la mayoría de la investigación, la directora operativa acompaña el trabajo de campo y retroalimenta conceptos y escenarios en la medida que se requiere.

Se plantea crear una agenda con los diferentes responsables³³ que debe ser completada para el 30 de Junio, y administrada mediante el calendario institucional. Se verifican los horarios y confirmaciones de las reuniones de trabajo. (R. Gómez Benavides & A.C. Rojas, comunicación personal 21 de Mayo de 2018).

Independiente de las condiciones de los profesionales que tienen en su agenda diaria: comités, grupos primarios, reuniones con alumnos, asuntos urgentes con entes de control (INVIMA, ICONTEC), entre otras cosas, además de la operatividad normal del hospital, debe realizarse la tarea institucional.

³³ Responsable de proceso: Director, Subdirector, coordinador, jefe, a cargo de un proceso funcional en el HUN.

Estructura de las reuniones iniciales

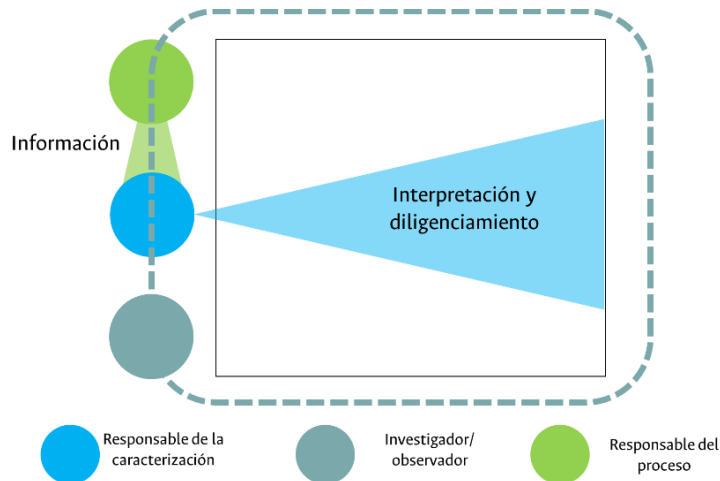


Figura 7 Manejo de la reunión de trabajo para caracterización

En la Figura 7 se muestra gráficamente como se manejó cada reunión por parte de la responsable del proceso transversal (caracterizaciones), la estructura de las reuniones para la caracterización consiste en que hay un líder que solicita la información, la directora de operaciones del HUN que pide a los responsables la información necesaria y pertinente. Ella iba realizando preguntas y cuestionamientos referentes a llenar el formato presentado en el Anexo 2, preguntas del tipo: ¿Qué le piden los otros procesos a su proceso?, ¿qué requerimientos le tienen los otros procesos?, ¿Qué le entrega a los otros procesos su proceso?, poco a poco los jefes o subdirectores, van contestando a estas preguntas para dar término al proceso. La reunión es llevada a cabo con apoyo audiovisual a través de la proyección de imágenes en una pantalla para la correcta gestión de la información.

De esta manera, el responsable de cada proceso comienza a transferir información desde la realidad de su gerencia en las actividades cotidianas, buscando encontrar en su discurso los elementos que han de completar los requerimientos de la tarea institucional. Esta información es interpretada y ajustada a los requerimientos del formato. Por otro lado el investigador de esta tesis en su papel de observador analiza todos los elementos de la reunión, con el fin de encontrar elementos que optimicen futuros encuentros. A

continuación es importante ejemplificar la situación, que da pie a re-estructuraciones en el método.

Ejemplo 1:

Descripción: Caracterización hecha entre profesional encargada (Ingeniera), investigador responsable de esta tesis (Diseñador) y médico supra especialista (Cirujano) subdirector de proceso. (R. Gómez Benavides & R. Caycedo, comunicación personal 14 de Junio de 2019).

Método: La dinámica se basa en que la profesional encargada le pregunta al subdirector: ¿Cuál es el objetivo de su proceso?, ¿Qué requerimientos le piden a usted los otros procesos?, ¿Cuáles son sus necesidades y las de su cliente?, entre otras preguntas de contexto, él va respondiendo a medida que narra la cotidianidad en el servicio.

El equipo decide que es mejor graficar el proceso del subdirector. La diagramación de lo que se narra permite representar la realidad de otra manera, con el fin de comprender las entradas, salidas, actividades, proveedores y clientes de su proceso de manera más asertiva. En el Anexo 3 se puede ver el esquema construido en este trabajo.

Resultado: La forma como se llevó a cabo este diligenciamiento de caracterización modificó totalmente la actitud del subdirector médico, la aceptación de lo gráfico fue fundamental y será punto de partida para los primeros hallazgos de la investigación. De la misma manera este trabajo conjunto posibilitó un mejoramiento en la metodología para trabajar con otros subdirectores de la rama asistencial (procesos misionales que tienen directa relación con el paciente).

Hallazgos y re-estructuración del método



Figura 8 Forma de trabajo después del ajuste

En la nueva forma de realizar la caracterización, que fue surgiendo de la investigación presentada con la participación de la directora de operaciones y el investigador de esta tesis, el foco de la información central y quien alimentara los mapas, esquemas o representaciones es el responsable de cada proceso, dando respuesta a los cuestionamientos o preguntas complementarias que hacen tanto el investigador, como la encargada del proceso de caracterización. De esta manera, es la representación gráfica o esquema realizado el insumo fundamental que será concretado en el formato y su existencia se adoptará para otras aplicaciones.

Se debe dar respuesta a ¿Cómo diagramar los procesos teniendo en cuenta la participación de los profesionales del HUN? Teniendo claro conceptualmente el método de trabajo, de manera empírica se buscó que los subdirectores de los procesos, con diferentes tácticas, técnicas, pusieran en papel, en archivos, en dibujos, las características generales de sus procesos. Esto se fortalece cada vez con entrevistas, reuniones, observación de campo, recopilación de documentos e intercambio de ideas.

La dificultad para entender los procesos pasa a un segundo plano cuando el subdirector cambia su lenguaje hacia la enseñanza. Sus experiencias, preocupaciones, momentos más difíciles durante su labor, vienen a ser insumos que deben traducirse a gráficos o representaciones más comunicativas a futuro. Una de las expresiones comunes entre los doctores, jefes de enfermería y otros subdirectores o funcionarios es, “este proceso no está documentado, por lo tanto si yo me voy, el que llegue no puede entender qué hago”, claramente se expresa la intencionalidad de heredar correctamente el cargo, pero se considera que hacen falta herramientas que permitan tener la certeza de la posible “herencia correcta”. (J.A. Pérez Cely, comunicación personal Junio 25 de 2019; N. González Pabón, comunicación personal 19 de junio de 2019).

La experiencia de la caracterización permitió entender, las prácticas, las interacciones y las criticidades entre los procesos del HUN. Sirvió de manera fundamental para establecer ejes de cambio en la metodología de implementación del proceso, que se pretende sea apropiada por todos los profesionales del Hospital para que en ella expresen la realidad de su proceso asistencial, operacional y estratégico teniendo en cuenta los requerimientos y determinantes institucionales, el ciclo PHVA (ISO 9001, 2015) y reflexiones de análisis.

Lo que se busca es que los funcionarios expresen su Know How, conocimiento implícito, aquel correspondiente a la acción. Como lo definiría Michael Polanyi, permitir que el conocimiento implícito presente y relevante pero no explicable (Hogrebe et al, 2015) surja durante la conversación. O aquel que define que las personas hacen lo que hacen, porque conocen las reglas y tienen el conocimiento necesario para hacerlo, pero que no es fácil

verbalizarlo para alguien que lo hace (Lange, 2016, p.32). Agregaría que tampoco es sencillo dibujarlo o situarlo cartográficamente. De este modo la estrategia del mapeo de procesos (ISO, 9001) con modificaciones y ajustes potenciados desde la etnografía del diseño, cuyo objetivo explícito es generar materiales que comuniquen las ideas, desde la investigación hasta las partes interesadas en ella, corroborando que la bases de un diseño estén bien entendidas y aceptadas, (Van, 2010) ha permitido precisamente que los profesionales del HUN visualicen de otras maneras su realidad cotidiana.

El “uso de estos recursos amplía las metodologías de investigación participativa y de la incorporación de recursos creativos y visuales. Surgen formas ampliadas de comprender, reflexionar y señalar diversos aspectos de la realidad cotidiana, histórica, subjetiva y colectiva. Los participantes hacen uso y modifican las herramientas visuales y los mapas, pero también se los alienta a crear sus propias formas de representación, ya sea mediante imágenes, íconos, dibujos, textos, viñetas y cualquier otro recurso que permita la comunicación y difusión de significaciones y sentidos”. (Risler & Ares, 2013, pp.14)

Se ha mapeado un proceso que pretende ser un ciclo de atención, una secuencia con ramificaciones extensas y una muestra explícita de lo que sería un espacio de trabajo tan complejo como lo puede ser una Unidad de cuidado intensivo e intermedio. Es la reunión de enfoques complementarios, que buscan la sinergia entre el diseño de los métodos tradicionales y los propuestos en este proyecto, lo que ha diferenciado el trabajo de campo participante en la institución.

La sinergia entre el diseño de procesos y la investigación etnográfica como lo explica Geke Van Dijk contempla: conversaciones empáticas con las diferentes personas involucradas en el proceso, que requieren actitud y enfoque fuerte, desde luego implica una propuesta visualmente atractiva y una secuencia de actividades de investigación y materiales bien diseñados, que logren involucrarlos para obtener resultados útiles e inspiradores. Van, D. (2010)

Bajo los enfoques de la ergonomía participativa que “consiste en la participación de los trabajadores en la planificación y control de una parte importante de su trabajo, con el conocimiento y poder suficientes para influir sobre los procesos y sus resultados con la finalidad de obtener unos objetivos deseados” (Haines & Wilson, 1998: citados en Niño-Sánchez, 2016) y de acuerdo con Kuorinka (1997) que definió la ergonomía participativa como una «práctica ergonómica con los actores necesarios para la resolución de problemas» se concluye que permitió posibilitar un espacio de diálogo entre profesionales del tipo, medico-especialista en administración, ingeniero-experto en entidades de salud, enfermera- experta en cardiología, entre otros profesionales, orientando los conocimientos hacia la participación en la mejora de una parte importante de su labor.

Desde luego, los diagramas de proceso que se logran deben ser evaluados y re-diseñados iterativamente. De esta manera el diseño final será inspirado en la cotidianidad de las actividades de las personas del Hospital y llevará parte de ellos, de su esencia. Van, D. (2010). En los Anexos 3, 4, 5, 6 y 7 pueden verse los diagramas obtenidos en su versión 1.0. Cada uno ha sido aceptado por los subdirectores y jefes responsables del mismo. (R. Caycedo, comunicación personal 14 de Junio de 2019; J.A. Pérez Cely 23 de Agosto de 2019; R. Gómez & N. Cano, comunicación personal 13 de Mayo de 2019; Y.P. lozano, comunicación personal, 18 de Junio de 2019; I.J. Guzmán, comunicación personal 15 de Agosto de 2019).

Dadas las garantías de participación ³⁴en la mayoría de las nuevas caracterizaciones de proceso del hospital, se logra extraer información, cualitativa y cuantitativa para fortalecer esta investigación, conocer además a cada uno de los responsables de los procesos funcionales del HUN y así, a través del registro de información ir identificando las

³⁴ Participación garantizada por las direcciones, calidad, talento humano y operaciones, como se puede ver en el Anexo 1 y en el numeral 1.2 del presente documento.

necesidades a las que debe responder esta investigación de tipo cualitativo-interpretativo, bajo un enfoque participante.

Entre los profesionales que se consideran para estas caracterizaciones, estaban: abogados, médicos supra especialistas, médicos profesores, enfermeras profesoras, enfermeras supra especialistas, ingenieros expertos, fisioterapeutas, investigadores, contadores, financieros, comerciales, farmacéuticos, diseñadores y administradores. Esta diversidad es la clave para decidir que los procesos deben contemplar una asesoría presencial, aceptando que no todos los participantes están familiarizados con los requerimientos, que tienden a ser más de las áreas de ingeniería, diseño de procesos y administración.

Esta dinámica visibilizó una serie de particularidades en la ejecución de la caracterización “formas de hacer las cosas”:

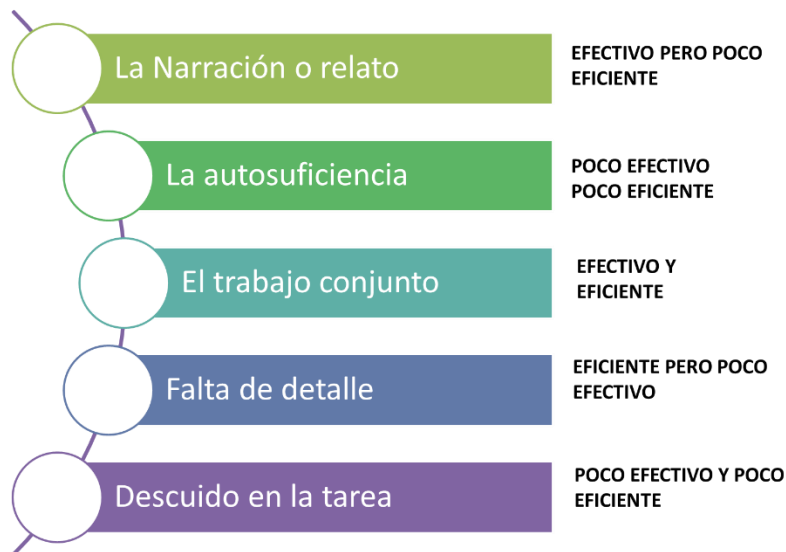


Figura 9 Formas de hacer las cosas durante la caracterización

En la figura 9 se observan los cinco modos de trabajo que se identificaron en el análisis del trabajo de campo: 1) la narración o relato, se refiere a la forma en la que fluye la información durante el proceso de caracterización, el responsable narra su cotidianidad y los demás interpretan y ajustan a los requerimientos, se llega a una tarea de alta calidad pero, el tiempo de registro y comprensión de la información es demasiado extenso. (S.L.

Álvarez, comunicación personal 28 de Mayo de 2019 & 31 de Mayo de 2019). La mitad de los procesos solucionaron así la tarea 2) La autosuficiencia, hace referencia a que el responsable de proceso decide implementarlo solo, por su cuenta y en ese sentido no llega a una tarea homogénea con los demás de la institución, solo dos procesos del hospital actuaron de esta manera (J.A. Giraldo, comunicación personal 21 de Marzo de 2019). 3) Trabajo conjunto, este hecho se refleja en la existencia de los Anexos (3 - 7) que no hubieran sido posibles sin el trabajo en equipo, de esta manera el proceso se realiza de forma efectiva y en el tiempo establecido. (E. Calvo, comunicación personal 9 de Mayo de 2019). 4) Falta de detalle, el responsable del proceso en el Hospital envía todos los documentos respectivos para que el profesional de ingeniería se encargue del proceso, en este caso se llega a una tarea con muchos vacíos e incoherencias con la realidad, ya que no fue el totalmente responsable quien se dispuso para realizar el proceso (J.M. Ramírez, comunicación personal 18 de Junio de 2019). Por último, 5) Descuido en la tarea hace referencia a destacar el papel de profesionales que asumieron la responsabilidad de un subdirector que no logró atender la tarea institucional, por desinterés o desconocimiento de la importancia de la misma (I. J. Guzmán, comunicación personal, 27 de Junio de 2019)

Dentro de los factores generales identificados que obstaculizaron el buen desarrollo del proceso, se consideran desde lo que se refiere a los responsables: 1) la falta de disponibilidad en la agenda, lo que se traduce en una inconstancia en el tiempo de reunión y en una agenda demasiado variable, 2) la incomprensión de las herramientas y requerimientos de la institución, lo que representa una demora de la ejecución de las tareas, 3) la falta de disposición para el desarrollo de los procesos, que finalmente es un factor definitivo que resulta en vacíos importantes de información y dificultades de comunicación. Por último, 4) la saturación laboral que genera estrés y frustración al no poder completar las tareas y actividades institucionales a tiempo y con la calidad requerida. Niño-Sánchez (2019, Agosto 8)

Consecuente con esto, la postura de la persona que se hace cargo de un proceso o tarea transversal debe: 1) Considerar total disponibilidad de tiempo, 2) Tener herramientas y *know how* para suplir la incomprensión sobre algún proceso, 3) Tener acceso a fuentes de información adicionales que contengan la información faltante en algunos casos y 4) Ser efectivo, eficiente y flexible para poder adaptar el desarrollo del proceso a todas las dinámicas que se presentaron en este análisis.

3.3 Reuniones de participación

Diseño de las reuniones participativas

Como respuesta al trabajo de campo mencionado en el numeral anterior y de acuerdo con reuniones con algunos directivos (N. Cano, comunicación personal, Junio 14 de 2019; E. Calvo, comunicación personal, 24 de Julio de 2019) y en consecuencia con el análisis, que contiene dinámicas de construcción y las prácticas en el HUN, la forma de trabajo y las diversas posturas, se plantea la posibilidad de realizar un taller participativo.

En primer lugar entre la comprensión de las caracterizaciones y las preocupaciones de algunos directivos, surgen cuestionamientos: ¿Se puede diseñar una actividad que identifique elementos transversales a todos los procesos y que sean susceptibles de cambio?, ¿De qué manera se puede lograr que en toda la organización se trabaje realmente en equipo? (N. Cano, comunicación personal Julio 31 de 2019) Como consecuencia de esto y con la intención de realizar una actividad piloto se propone un taller que pueda promover el trabajo en equipo, la reflexión conjunta y el compartir de percepciones. Este es aceptado bajo los parámetros que se pueden ver en el Anexo 8.

Es de resaltar que la propuesta de este taller tiene como objetivo “diseñar un escenario de diálogo y trabajo en equipo en pro del mejoramiento de los procesos misionales del Hospital Universitario Nacional” y busca que, en un espacio de trabajo colaborativo y de co-construcción, los diferentes actores de cada proceso, puedan trabajar en torno a la resolución de una pregunta, oportunidad de mejora o propuesta.

Se considera que para el taller debe estar presente mínimo una persona por cada rol del proceso, teniendo en cuenta los tres niveles (estratégico, táctico y operativo). Por ejemplo, en el proceso de atención del paciente en imágenes diagnósticas, deben estar presente mínimo: técnico, tecnólogo, radiólogo, estudiante de pregrado, estudiante de posgrado, personal administrativo, y el subdirector o jefe.

Para que realizar trabajo participativo

La propuesta es aceptada por el proceso de Atención del paciente en imágenes diagnósticas. El subdirector y la jefe tienen algunas dudas, percepciones y frustraciones, con respecto a ¿Cómo atraer más pacientes al servicio?, ³⁵sobre todo pacientes ambulatorios de tipo particular debido a que este servicio no puede sostenerse solo con el servicio de hospitalización, ya sea en el servicio general o en la UCI o con los pacientes remitidos por otras instituciones.

Este proceso tiene una necesidad latente de gestión de nuevos “clientes”. Por este motivo una de las preguntas iniciales a resolver en el taller es ¿Cuál sería el servicio ideal para el paciente ambulatorio en el Departamento de imágenes diagnosticas? Planteando esta

³⁵ *su preocupación más grande es sobre el control de costos para poder vender mejor y de manera más adecuada sus servicios, basándose en el sostenimiento económico, para no caer en los escenarios de quiebra de muchos hospitales. Cuando existe una caja negra respecto a los costos, negociaciones y distribución de recursos, se torna muy difícil tomar decisiones de tipo estratégico económico. Expresa que se siente solo, con respecto al apoyo institucional, desconocen cosas que pasan en el hospital que son fundamentales para su ejercicio de autogestión y gerencia interna. “necesito información” es una de las expresiones del subdirector. Diario de campo, L.F. Niño Sánchez 9 de Mayo de 2019.*

pregunta, debía diseñarse una estrategia grupal para poder resolverla. (Y.P. Lozano, comunicación personal 20 de Julio de 2019)

Diseñando la estructura inicial del taller, el jefe de este proceso sugiere que los participantes se puedan expresar, que tal vez no se han escuchado todas las percepciones de los empleados del proceso³⁶ (Anexo 9). Por ello, antes de cualquier propuesta es necesario considerar un espacio de escucha para los que no han expresado sus inconformidades, carencias o preocupaciones. De esta manera se plantea la siguiente pregunta a resolver. ¿Cuál considera, es el factor más crítico en su actividad laboral normal?

Adicionalmente se llegó al acuerdo de presentar durante el taller, los problemas detectados por el equipo directivo del proceso, para compartir y observar si los problemas o criticidades detectados por todos los demás eran similares o había algunos nuevos. También se quería mostrar en el taller los avances realizados en el proceso para mejorarlo y los esfuerzos realizados por el equipo directivo, entre los que se destacan, visitas a pacientes para saber y conocer necesidades, mejora en la eficiencia de entrega de exámenes a través de la estandarización de protocolos y el diseño de folletos informativos para pacientes. (Y.P. Lozano, comunicación personal Julio 20 de 2019)

Esta versión 1.0 del taller fue presentada a la jefatura de comunicaciones del hospital, que apoyó totalmente la actividad, en aras de rescatar información sobre. ¿Cómo se está comunicando corporativamente la institución?, ¿cómo se comunican los procesos internamente? Adicionalmente se debían establecer criterios básicos de presentación de la actividad, lista de asistencia, uso de imagen corporativa, entre otros. (J. García, comunicación personal 02 de Agosto de 2019).

Estructura del trabajo conjunto

³⁶ radiólogos, estudiantes de pregrado y posgrado, tecnólogos, físicos, técnicos y auxiliares).

La estructura del taller contempla elementos fundamentales para su correcta ejecución, entre ellos: 1) Presentación de participantes, 2) Antecedentes teórico prácticos, 3) Objetivo Workshop T.E.A.M, 4) Desarrollo Taller (discusión problemas identificados, socialización problemas identificados, priorización, co-construcción de escenario ideal, socialización conjunta) y 5) Conclusiones. Niño-Sánchez (Agosto 3 de 2019).

Análisis y hallazgos del trabajo conjunto

Parte I

A la pregunta ¿Cuál considera que es el factor más crítico en su actividad laboral normal? Los invitados al taller contestaron a través de notas (Anexo 10), las respuestas fueron categorizadas de acuerdo con las dimensiones estructurales del sistema sociotécnico (Hendrick, 2002 citado en Niño-Sánchez, 2016). En la tabla 4 se pueden ver los factores referentes a la complejidad, la diferenciación (grado de segmentación de la estructura organizacional, tanto vertical como horizontal), los problemas detectados hacen referencia a la ineficiencia en la relación con otros procesos y en la dificultad de la atención oportuna.



Figura 10 Fotografía del taller participativo piloto “parte I”

Complejidad			
	Tipos de diferenciación	Categoría construida	Anotación de los participantes
Diferenciación	Diferenciación vertical (dependencia y toma de decisiones)	Ineficiencia en relación con otros procesos	Ineficiencia de los entes administrativos en los tres niveles
			Ineficiencia en procesos
	Diferenciación horizontal (autonomía y división de subprocesos)	Ineficiencia del proceso	Demora en la relación con el Camillero
			Ineficiencia administrativa
		Dificultad en la Atención oportuna de los pacientes	

Tabla 3 Dimensión estructural del sistema sociotécnico. Complejidad: Diferenciación

La complejidad también incluye la integración. En la tabla 5 en primera instancia se tiene la comunicación interna y externa en el proceso, de acuerdo con la categorización se muestran algunas de las observaciones de los funcionarios. La más importante de acuerdo con la evidencia corresponde a la comunicación con el paciente y sus familiares³⁷, teniendo

³⁷ En otros escenarios de discusión este tema de la información del paciente está presente, ejemplo de ello "existe una dificultad respecto a quien comunica si el paciente está muy grave, además, todas las comunicaciones se realizan por WhatsApp, en un momento de dolor el funcionario de Olivos, es visto como un oportunista que aparece para el negocio. Quien avisa a la persona encargada de las exequias es el sacerdote, los celadores o la psicóloga del hospital". Diario de campo, L.F. Niño Sánchez, 10 de mayo de 2019.

"Existen falencias en lo que se refiere a la entrega del paciente y la información sobre el mismo, ¿es la enfermera jefe la encargada o es el médico tratante quien hace todo el proceso?, hay algunas inconsistencias y dudas en cuanto a las fronteras de responsabilidad se refiere". Diario de campo, L.F. Niño Sánchez 13 de Mayo de 2019.

en cuenta desde la preparación del paciente para su correcta toma de estudio, hasta las “mentiras” que puede suministrar el paciente que irrumpen con el correcto ejercicio de los procesos. En paralelo, está la comunicación al interior del proceso y en relación a otros procesos (teniendo en cuenta que no se comprende en ocasiones hasta dónde va la responsabilidad de uno y otro)³⁸, la falta de comunicación por parte de los funcionarios del hospital en relación al direccionamiento de los procesos, resaltando que en ocasiones no comprenden los métodos de liderazgo que pueden influir en sus tareas y en consecuencia, no todos se familiarizan con la información.

Los otros puntos críticos destacados se refieren a la comunicación con el Call center y con los sistemas de información de todo el HUN.³⁹

Complejidad			
	Tipos de integración	Categoría construida	Anotación de los participantes
Integración	Comunicación (Interna y externa)	Dificultad en comunicación interna	Comunicación con tecnólogos
			Comunicación poco asertiva entre funcionarios
			Falta de solidaridad del equipo
			Dificultades en comunicación con los tres niveles

³⁸ “El doctor inicialmente expresa la importancia de comprender las criticidades presentes en la interacción de los procesos del hospital, él expresa la preocupación sobre unos vacíos existentes en la comunicación de los procesos” Diario de campo, L.F. Niño Sánchez Lunes, 13 de Mayo de 2019 esta reflexión se conecta con la mencionada en el texto

³⁹ “La experiencia del usuario inicia desde la llamada al Call center, la información que le brindan y la posibilidad de lograr acceso al hospital, es un problema constante que debe revisarse.... Diario de campo, L.F. Niño Sánchez 23 de Abril , 2019

		Dificultad en comunicación con otros procesos	Falta de comunicación por parte de los funcionarios del hospital en cuanto al direccionamiento de los procesos
			Falta de trabajo en equipo por las diferentes áreas del hospital
			Falta de socialización de los procesos para que todos hablemos de lo mismo
		Dificultad en comunicación con EPS	Problemas en información de las EPS
			Error en autorizaciones por parte de la EPS al paciente
			Problemas en comunicación externa con la EPS
		Dificultad con sistemas de Información	Interactuar con el sistema Sinaps
			Relación software y acción
			Se bloquea el computador y se pierde todo el trabajo que se llevaba "procedimiento"
			Dificultad en la solución de problemas priorizados en el sistema
			Solicitudes de sistemas
		Dificultad en comunicación directa con el paciente	Falta de socialización en cuando a preparación con médicos y personal asistencial
Indisposición de paciente			
Falta de información en la preparación del paciente			
Información del paciente al ingreso "señalización"			
Cuando el paciente está mal preparado porque no le dieron suficiente información			
Egreso muchas veces no se dan las indicaciones adecuadas			
Mala intencionalidad del paciente (mentiras)			
El familiar le hace vueltas al paciente			
Paciente habla mal de la institución			
Mala indicación o preparación del estudio para el paciente			

			Mala información al paciente al momento de la entrega de las ordenes por parte del médico tratante
			Falta de señalización
		Mala comunicación con el call center	Rotación call center
			Mala comunicación con el Call center

Tabla 4 Dimensión estructural del sistema sociotécnico. Complejidad: Integración: Coordinación.

La tabla 6, corresponde a la integración enfocada a la coordinación y constituye la planificación, organización y disposición de las tareas en el proceso, en consecuencia las problemáticas destacadas son: sobrecarga laboral, problemas en la planeación y habilitación del servicio, dificultades en la atención oportuna y la falta de capacitación de algunos funcionarios sobre la adquisición, el registro, el uso y la atención en el proceso, destacando la falencia en habilidades técnicas y sociales.⁴⁰

Complejidad			
	Tipos de integración	Categoría construida	Anotación de los participantes
Integración	Coordinación (planificar, organizar y disponer tareas)	Sobre carga laboral	Falta de trabajo en equipo donde el paciente se ve afectado muchas veces por la sobre carga de trabajo que tienen los servicios
			Multitasking no eficiente
		Falta de habilitación del servicio	No se habilita el servicio
		Dificultad en Atención oportuna	La no atención oportuna y puntual del paciente

⁴⁰ Existen problemas de comunicación con tecnólogos porque no están capacitados para todos los procesos específicos requeridos en el servicio, principalmente porque no existe una capacitación inicial, en otras palabras, las personas inician actividades sin una inducción adecuada para el servicio y además los proveedores no brindan la capacitación correcta para el manejo de los equipos por dificultades en el contrato. Diario de campo, L.F. Niño Sánchez, 21 de Mayo de 2019. Se corrobora con información registrada durante el trabajo de campo

			Demora en entrega de resultados
			Falencias en la continuidad de los cuidados del paciente
			Cuando me atraso en la atención de los pacientes porque no tengo ayuda
		Falta de capacitación	Capacitación de técnicos de adquisición de imágenes
			Falta de capacitación en la parte documental y de procesos
			Habilidades técnicas y sociales
		Falta de planeación	No planeación de habilitación del servicio

Tabla 5 Dimensión estructural del sistema sociotécnico. Complejidad: Integración: Coordinación.

En la tabla 7 se representa el último elemento de la dimensión de la complejidad asociado a la integración: el control, haciendo énfasis en la no pertinencia de los estudios (la toma de un estudio que no corresponde, por ejemplo se toma una imagen diagnóstica de la tibia que debía ser en el cúbito), falta de indicadores de riesgo y los problemas en el uso de la protección radiológica, tanto en barreras de operatividad (espaciales y de fronteras) como en los elementos de protección personal.

Complejidad			
	Tipos de integración	Categoría construida	Anotación de los participantes
Integración	Control	No hay barreras de operatividad	No hay barreras de operatividad
			Barrera de seguridad impide el paso
		Problemas la protección radiológica	Cuidado y protección personal
			No uso de protección radiológica
		Falta de indicadores	Falta de indicador y medición del riesgo
		No pertinencia de los estudios	Pertinencia y no utilidad del examen
			La técnica de procedimiento de adquisición del estudio no fue la adecuada
			Durante el procedimiento el paciente no llega muchas veces con la preparación adecuada hay demora en la atención del paciente en dicho procedimiento
			El estudio realizado no era el indicado para estudiar la patología del paciente

Tabla 6 Dimensión estructural del sistema sociotécnico. Complejidad: Integración: Control.

En la tabla 8 se muestran las dos dimensiones con menos evidencia representativa para el análisis del taller, la formalización, desde una perspectiva macroergonómica, se puede definir como el grado en que los trabajos en el sistema están estandarizados, se quiere mostrar la perspectiva de los funcionarios respecto a problemáticas identificadas que se puede agrupar en dicha categoría. Los procesos del HUN, presentan a priori sistemas de trabajo altamente formalizadas que evitan que haya confusión de los empleados sobre lo que hay que hacer (protocolos obligatorios en salud) (Hendrick 2002; citado en Niño-Sánchez, 2016). La estandarización puede evidenciarse en el diseño de las formas de hacer, el uso de máquinas, software que buscan reducir la necesidad de decisión de los empleados. (Niño-Sánchez, 2016). Sin embargo, la evidencia del taller muestra inconsistencias en la capacitación para los procesos y la falta de asimilación a las guías institucionales (adherencia).

Por último, la centralización tiene que ver con el lugar donde la toma de decisión formal se produce dentro del sistema de trabajo. En los sistemas de trabajo altamente centralizados, la toma de decisión formal se concentra en pocos individuos, un grupo o nivel alto dentro de la organización y los supervisores y empleados de nivel inferior, sólo tienen una participación mínima en las decisiones que afectan a sus puestos de trabajo (Robbins, 1983; Hendrick 2002; citado en Niño-Sánchez, 2016). El HUN por su parte genera políticas institucionales altamente centralizadas, debido a que algunas decisiones de nivel superior deben y necesitan estar enfocadas en el cumplimiento de las normas nacionales y la acreditación.⁴¹ Por otro lado, en los sistemas de trabajo altamente descentralizados, las decisiones se delegan hasta el nivel más bajo de la organización (Robbins, 1983; Hendrick 2002; citado en Niño-Sánchez, 2016), en este sentido varias de las decisiones internas de cada proceso tienen un comportamiento descentralizado, ejemplo de ello es la existencia de los comités primarios en cada servicio, conformado por diferentes funcionarios. No

⁴¹ Manual de Calidad HUN. CA-MN-04 Versión 008

obstante, si bien algunas formas de la estructura organizacional del HUN, presentan una descentralización que involucra a los actores del nivel operativo y táctico, esto no garantiza que funcionen los mecanismos de participación. Asimismo los participantes del taller aprecian, que existe una dificultad en la percepción sobre la focalización de los directivos de los tres niveles (estratégico, táctico y operativo). En otras palabras algunos funcionarios no entienden cuál es el foco de sus directivos y para donde se dirigen los esfuerzos del servicio, no se toman decisiones conjuntas con otros servicios en temas que conciernen a la relación entre ambos ⁴²y no se entienden los niveles de poder en forma adecuada.

	Evidencia de la categoría	Categoría construida	Anotación de los participantes
Formalización	Estandarización de procesos	Falta de capacitación	Falta de capacitación en procesos
		Dificultad con guías de manejo	No asimilación de guías de manejo
Centralización	Toma de decisiones	Falta de liderazgo	Falta de focalización en los tres niveles
		Toma de decisiones conjunta	Poca relación con otros servicios en la toma de decisiones
			Dependencia de otros servicios
		Dependencia de otros	No entender niveles de poder

Tabla 7 Dimensión estructural del sistema sociotécnico. Formalización y centralización

⁴² en estos espacios deberían estar por ejemplo otros procesos, como farmacia, calidad, talento humano, responsables de muchas de las problemáticas que se plantean para poder tener una respuesta sobre los temas más importantes. Diario de campo L.F. Niño Sánchez 03 de Agosto de 2019.

Parte II



Figura 11 Fotografía taller participativo piloto “parte II”

En la segunda parte del taller los invitados debían diligenciar el formato de ideas (Anexo 11), en el que se pretendía que cada uno escribiera una idea de cambio del servicio que ayudara a responder a la pregunta: ¿Cómo sería el servicio ideal para el paciente ambulatorio en el Departamento de Imágenes Diagnósticas? Acto seguido la persona de al lado debía diligenciar correcciones a la idea inicial o sugerir una nueva, en tercer lugar alguien más, debía agregar el ¿Cómo? Para plantear la posible ejecución de la propuesta. Finalmente la última persona de la línea de trabajo debía adicionar los que considerara aliados estratégicos que acompañarían la propuesta.

De todas las ideas o propuestas planteadas cada una con su respectivo cómo y con quien, se hizo una agrupación por afinidad, asimismo aparecen cuatro subgrupos: socializar, comunicar de manera asertiva y efectiva, mejorar la operatividad y mejorar software. Adicionalmente pocas personas señalaron la importancia de “vender” dentro del proceso, pero no está muy clara la manera en cómo proponen hacerlo. (E. Calvo, comunicación

personal, 03 de Agosto de 2019) En consecuencia esta priorización busca consolidar las ideas, formas de hacer y aliados propuestos por los participantes del taller. Se pretende no dejar ninguna idea por fuera y lograr una comprensión total de las intenciones del servicio. A continuación se presenta una breve descripción de cada una de las tablas.

En la tabla 9 se han compilado las ideas respectivas al verbo “Socializar”. De acuerdo con la codificación de los elementos se contemplan dos vías, una referente a la correcta socialización de protocolos y la otra a la ruta del servicio desde el ingreso hasta el egreso del paciente, junto a los diversos procesos o subprocesos que allí se ejecutan. Se plantean reuniones, capacitaciones, reevaluaciones de los protocolos existentes y acompañamiento personalizado incluyendo folletos informativos. Se consideran procesos tanto estratégicos como operativos, tomando en cuenta tanto a la dirección de calidad como a la científica y el mismo equipo que conforma el proceso. De esta manera los participantes expresan que son conscientes de la importancia del otro (procesos externos) y de ellos mismos en las intenciones de cambio.

Idea	Objetivos	Cómo	Aliados
<p>Socializar</p>	<p>Socializar protocolos de pertinencia de estudio</p> <p>Promover la socialización de todos los procesos referentes a los pacientes desde el ingreso hasta el egreso</p>	<p>Reuniones quincenales o mensuales</p> <p>Capacitación continua a los médicos hospitalarios</p> <p>Verificación y corrección a los protocolos del servicio</p> <p>Protocolizando cada proceso</p> <p>Acompañamiento personalizado</p> <p>Folletos informativos</p>	<p>Dirección Científica</p> <p>Subdirector de investigación</p> <p>Proceso</p> <p>Equipo del proceso</p> <p>TIC-Sistemas</p> <p>Atención al usuario</p> <p>Servicio de calidad</p>

Tabla 8. Priorización ideas del taller. Socializar

En la tabla 10 el análisis corresponde a “comunicar de manera asertiva y efectiva”, los objetivos planteados indican el diseño de una inducción propia del proceso, la orientación de la información correcta para los pacientes en la ruta del servicio y la construcción de documentos. En las formas planteadas para llevar a cabo la propuesta se considera la

humanización, tomando en cuenta la relación directa y la preocupación en la información que le llega al paciente, la capacitación sobre trabajo en equipo y sobre todos los procesos manejados en el departamento. Es interesante el direccionamiento que tiene esta idea, debido a la gran preocupación por el flujo adecuado de la información, las indicaciones y preparaciones para procedimientos específicos. Los aliados identificados en este ítem corresponden a la unión entre procesos estratégicos y procesos misionales, de nuevo la tendencia a incluir la conexión entre procesos para la toma de decisiones.

Idea	Objetivos	Cómo	Aliados
Comunicar de manera asertiva y efectiva	Diseñar inducción de aclaraciones en el proceso Orientar de manera eficaz a los pacientes. (información en la ruta del servicio) Construir la documentación completa y la autorización pertinente de procedimientos.	Humanización Capacitar sobre pautas para trabajar en equipo Conocer los procesos del departamento. Realizar capacitación al personal que recibe al paciente, para lograr dar correctas indicaciones	Talento Humano Atención al usuario Equipo del proceso Administración

Tabla 9 Priorización ideas del taller. Comunicar de manera asertiva y efectiva.

En ese mismo contexto la tabla 11 identifica la necesidad de mejora en la operatividad del servicio, tomando en cuenta la contratación, la toma de decisiones y la autonomía para la gestión de los subprocesos. Es claro que el servicio percibe una dependencia con otros procesos de acuerdo a lo identificado en el ejercicio, pues se evidencia que para proponer es necesario descentralizar y gestionar autonomía de tipo administrativo y de atención al usuario. La forma como proponen debe solucionarse esta propuesta es a través de la intervención de talento humano en contratación de más personal.

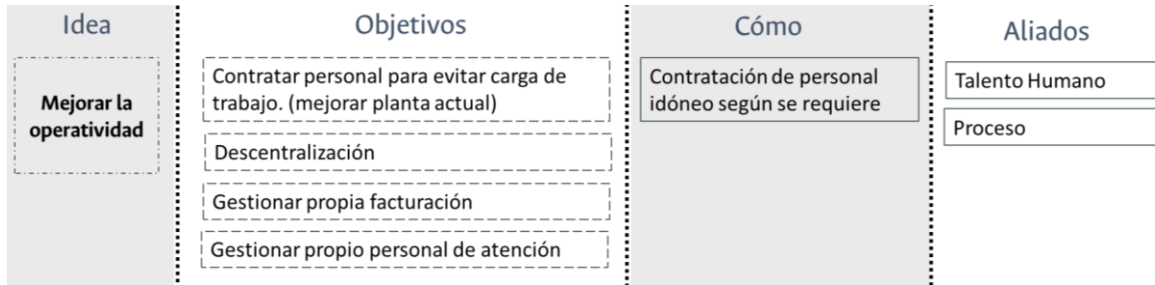


Tabla 10. Priorización ideas del taller. Mejorar la productividad

Por último en la tabla 13, existe la proposición en relación al manejo de varios software. Los objetivos propuestos hablan de la mejora en ellos y en la actualización, mantenimiento y soporte. Cabe resaltar que en el ítem se solicita que se hagan reuniones, esto indica la necesidad de aprendizaje sobre el software, y la necesidad de eficiencia en la integralidad de los mismos. Los aliados identificados claramente son: TIC, responsable de la gestión del software (J.H. Beltrán Rodríguez 28 de Mayo de 2019) y los participantes del proceso como usuarios directos, el proceso de imágenes solicita una mayor interacción con los procesos que controlan los sistemas informáticos y toda su gestión relacionada con aportar las habilidades a todos los profesionales para usar estos elementos.

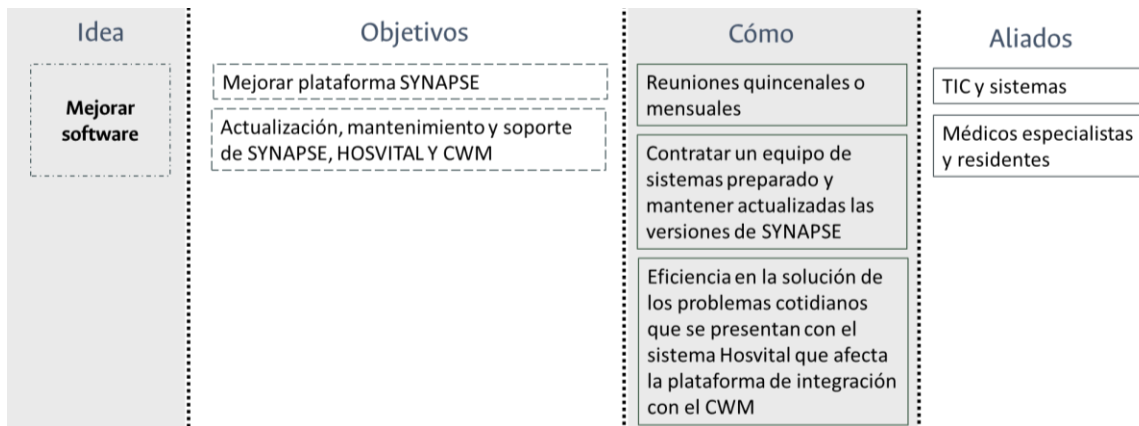


Tabla 11. Priorización ideas del taller. Mejorar software

La siguiente tabla contiene un resumen de los esquemas desarrollados en las reuniones de trabajo participativo y los atributos asociados a todos ellos. Cualidades que los hacen importantes para la gestión de los procesos en el Hospital Universitario. Se realiza este

resumen para facilitar la lectura de la funcionalidad de los Anexos 3-7 presentados en esta tesis.

No	Nombre del esquema	Actores involucrados	Atributos asociados a todos los esquemas	
1	Esquema Atención del paciente quirúrgico 1.0	Subdirector y jefe.	Ayuda a la comprensión.	Son evidencia de trabajo en equipo.
2	Esquema Atención del paciente en cuidado crítico 1.0	Equipo del proceso.	Se socializo.	Sirven académicamente.
3	Esquema Atención del paciente hospitalización 1.0	Dirección científica y subdirector.	Se usan actualmente.	Son reflejo de la visión del subdirector o equipo.
4	Esquema Atención del paciente en imágenes diagnosticas 1.0	Equipo del proceso.	Son versión 1.0 en la institución.	Aprobados por las direcciones. (calidad, talento humano, operaciones, científica y general)
5	Esquema Atención del paciente en Rehabilitación y Apoyo Terapéutico 1.0	Jefe de rehabilitación.	Apoyan otros procesos.	Son herramientas de trabajo y mejora para el proceso.

Tabla 12 Resumen de esquemas.

4. Estrategias de Transformación Organizacional. “Propuesta”

Las estrategias propuestas en este capítulo son un reflejo del trabajo de campo realizado entre los meses de Febrero y Agosto de 2019 y su respectivo análisis. Se muestra cada una desde su conceptualización teórica, el sentido correspondiente a la investigación realizada y su conexión con el diagnóstico. Asimismo cada una de las estrategias contiene: objetivo general, objetivos específicos, alcance esperado, continuidad futura, y la relación con las dimensiones estructurales del sistema socio-técnico (D.E.S.S.T) con el fin de permear la totalidad de la organización. También se contemplan factores culturales adicionales correspondientes al conocimiento, compromiso y comportamiento. La reunión de todos los atributos propuestos será clave para la correcta ejecución de las estrategias.

En general las estrategias tienen la intención de potenciar la capacidad integradora que debe estar presente desde la concepción de los procesos, planes de mejora o tareas. Paraphrasing Rosnay (1977), debe tenerse en cuenta que cualquier integración real se funda en una previa diferenciación. Cada elemento debe considerarse desde su originalidad, en otras palabras, cuando se es capaz de reconocer las diferencias en el otro, puede generarse la integración para lograr objetivos comunes.

No hay unión verdadera sin antagonismo, relación de fuerzas o conflictos. “Sólo la unión en la diversidad es creadora, pues se aumenta la complejidad, conduce a niveles más elevados de organización. Esta ley sistémica y las ligaduras correspondientes son bien conocidas por aquellos cuya misión es reunir, ensamblar y asociar. En consecuencia, los antagonismos y los conflictos se generan siempre en el paso a una entidad más englobadora” (Rosnay, 1977, pp. 95)

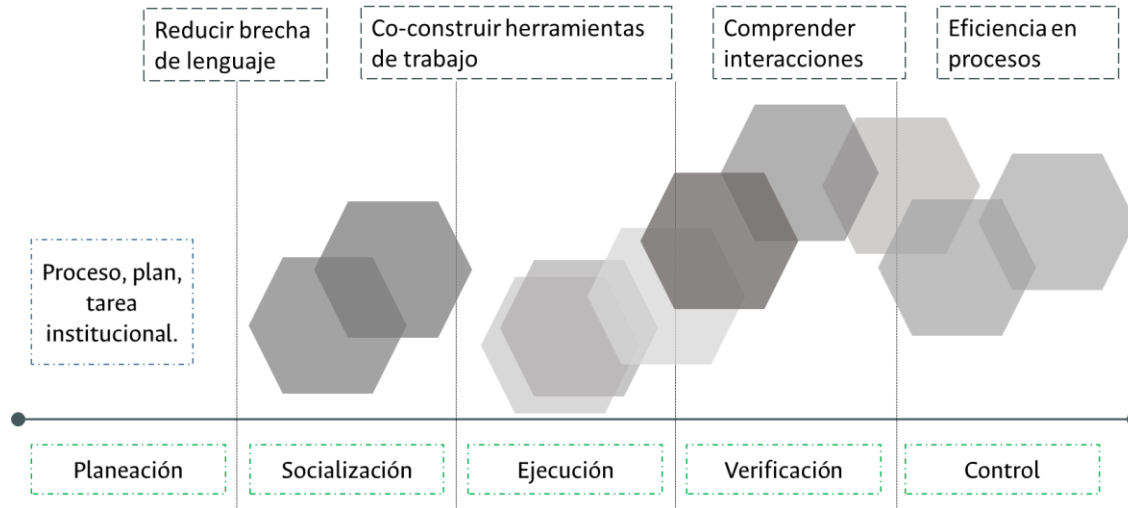


Figura 12 Esquema general de las propuestas

Necesidades a resolver:

En la Figura 12 se pretende esquematizar que desde el inicio de un proceso, tarea o plan institucional, teniendo en cuenta el ciclo de mejoramiento y los objetivos planteados para las estrategias, van apareciendo procesos que se solapan y trabajan en conjunto en diferentes momentos con el fin de dar buen término a los requerimientos institucionales. A continuación se describen las necesidades puntuales que procura resolver esta perspectiva de la propuesta.

Reducir la brecha entre los diferentes lenguajes de los profesionales de todo el HUN y fomentar su disposición para la ejecución de los procesos, planes y actividades. De esta manera se logra una correcta ejecución de los requerimientos institucionales.

Se busca co-construir herramientas para que cada proceso o subproceso tenga el mismo lenguaje en todas las etapas, la socialización inicial, la planeación, la implementación o ejecución, la verificación y control y el rediseño.

Comprender las interacciones y relaciones con “el otro” (a nivel de equipo, proceso, entre procesos o con otro profesional).

Consolidar la unión de esfuerzos entre diferentes profesionales para que las actividades institucionales se lleven a cabo de manera más eficiente y completa.

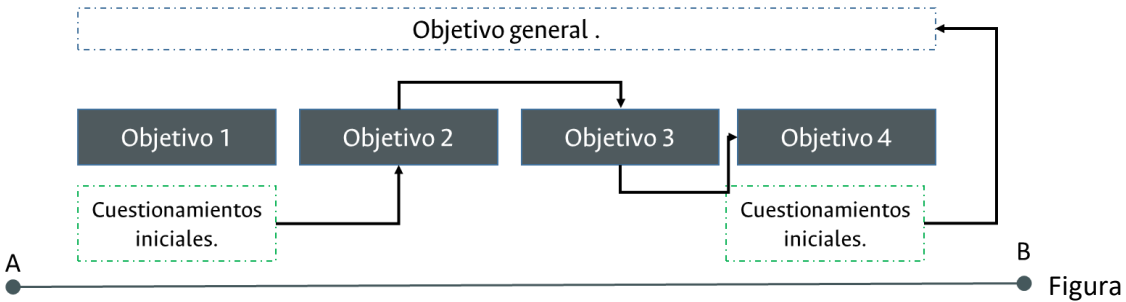
Para ejemplificar, el proceso de caracterización inicialmente para los profesionales del HUN, durante el trabajo de campo descrito en el capítulo 3, tenía problemas en su comprensión, claramente necesitaba un acompañamiento y asesoría directa. Este proceso pretendía representar una realidad compleja (entorno hospitalario). Adicionalmente procuraba tener adherencia en todos los procesos, teniendo en cuenta la diversidad conceptual y teórica de todos los implicados, no todos accedían de igual forma a su correcta implementación.

En el Re-diseño del proceso de caracterización, se utilizaron esquemas diferentes, hechos a mano, en diálogo, en grupo, basados en la escucha, en el mapeo de realidades y variables. Lo anterior se realizó con el fin de representar de otra manera la realidad que se salía del formato tradicional, que además permitió el reconocimiento del equipo y de los diferentes *stakeholders* de cada proceso.

¿Cómo se desarrollaría la integración propuesta?

Cabe resaltar que las estrategias propuestas en este capítulo enfatizan en el hecho de que en la minucia, en la interacción y en las cualidades existen elementos e información que suma a los procesos y requerimientos institucionales.

Es importante dar a entender que además de la medición segmentada de tareas, insumos, costos, indicadores, tiempos, gastos, entre otros, existen elementos complementarios que necesitan ser visibilizados y comprendidos, que afectan directa o indirectamente el desarrollo de los demás elementos. Entre ellos, la experiencia, la percepción, la interacción con el otro, las dinámicas emergentes de trabajo en equipo y actitudinales.



13 Implementación de las estrategias.

En la Figura 13, se aclara el momento en que se deben realizar las preguntas y la manera como deben fluir los diferentes objetivos planteados en la ejecución de las estrategias descritas más adelante.

Estrategias de transformación		
Nombre	Objetivo	Objetivos específicos
Estrategia I	Diseñar abordajes integradores en la implementación de los procesos institucionales.	Identificar las barreras internas y externas en la implementación de un proceso.
		Diseñar herramientas de comunicación para la implementación del proceso institucional.
		Implementar el proceso teniendo en cuenta la complejidad de la institución.
		Evaluar la implementación del proceso.
Estrategia II	Diseñar herramientas que promuevan el trabajo en equipo y la participación.	Identificar las necesidades de cada proceso susceptibles de cambiar a través del fortalecimiento de las relaciones sociales.
		Diseñar talleres participativos entorno a la necesidad planteada.
		Implementar el taller teniendo en cuenta la complejidad de la institución.
		Evaluar la aplicación del modo de trabajo propuesto.
Estrategia III	Reconfigurar el modo de trabajo de los funcionarios del HUN, en tareas institucionales.	Identificar las posibles configuraciones de trabajo para los procesos transversales de la institución.

		Desarrollar formas de trabajo acordes con la transversalidad de los procesos o tareas.
		Implementar el modo de trabajo conjunto para los procesos en mínimo 3 procesos transversales.
		Evaluar la aplicación del modo de trabajo propuesto
Estrategia IV	Conectar a los investigadores de diversas disciplinas con las investigaciones generadas en el HUN.	Identificar en los grupos primarios, las preguntas de investigación que se plantean por semestre.
		Generar alianzas con las facultades de la Universidad.
		Diseñar los proyectos de investigación conjunta que se desarrollaran.
		Evaluar el proyecto de investigación planteado.

Tabla 13 Estrategias de transformación

4.1 Estrategia I

Diseñar abordajes integradores en la implementación de los procesos institucionales.

Esta estrategia se orienta a la generación de una consciencia colectiva de los proyectos, que permita comunicar asertivamente la importancia de los mismos, a través de la comprensión general del contexto en el que será aplicado. Debe ser consecuente con explicar a cada persona el papel que desempeñará durante el desarrollo de cada proceso y su participación en la institución, siendo consciente del “todo al que pertenece”.

La forma de abordar los procesos actuales, es unilateral, se envía una tarea y esta debe ser realizada, los rediseños del proceso estudiado así como el trabajo de campo son evidencia para proponer un abordaje completo entendiendo la complejidad del HUN, de esta manera integrar mecanismos de comunicación para buscar la apropiación de cada propuesta. Las diferentes representaciones de la realidad, la abstracción formal, la cartografía representativa y la práctica narrativa, constituyen acercamientos asertivos de una realidad compleja, realizados definitivamente en conjunto, con herramientas elementales de la

gestión hospitalaria del día a día. La Tabla 17 muestra los objetivos y las variables a considerar.

Para el correcto desarrollo y ejecución de la estrategia, se plantea una comprensión del contexto previo a la implementación y otra después de la aplicación de la estrategia. Esto permitirá dar cuenta de la percepción inicial, que garantizará la correcta planeación y reducción de la incertidumbre respecto al contexto, y una percepción final para comparar un escenario actual con uno futuro, planteando preguntas que conduzcan a complementar los atributos mencionados. En la Tabla 18 se muestran las preguntas referidas a cada atributo.

Los elementos complementarios a la ejecución de la estrategia corresponden a enfoques del mapeo colectivo, la etnografía y el pensamiento de diseño. Por su parte “el mapeo colectivo no produce transformaciones por sí mismo. Se conecta a un proceso de la organización mediante un trabajo colaborativo en soportes gráficos y visuales. Y la difusión de este trabajo debe ser estratégica: toda la información que incluya debe estar consensuada con los participantes y amparada en un objetivo comunicacional”. (Risler & Ares, 2013, pp. 7). Un ejemplo de mapeo colectivo se puede ver en los Anexos 3 -7 del trabajo de campo de esta tesis.

La etnografía como se menciona en el capítulo 3, pretende generar materiales que comuniquen las ideas, desde la investigación hasta los participantes de las actividades. En consecuencia se busca un entendimiento y aceptación acorde a cada persona. Para ejemplificar la etnografía constituiría elementos de análisis de observación, entrevistas semi-estructuradas, referencias video gráficas y audio graficas de situaciones puntuales. Con respecto al Pensamiento de diseño (Design Thinking) se debe mencionar que “es una manera de resolver problemas reduciendo riesgos y aumentando las posibilidades de éxito. Empieza centrándose en las necesidades humanas y a partir de ahí, observa, crea prototipos y los prueba, consigue conectar conocimientos de diversas disciplinas (psicología, sociología, marketing, ingeniería...) para llegar a una solución humanamente deseable, técnicamente viable y económicamente rentable” (Serrano & Blázquez, 2018) la

aplicación del pensamiento de diseño va acorde con la ejecución del taller presentado en el numeral 3.2, tomando en cuenta la problematización de entrada para poder construir un escenario prospectivo y propositivo con los funcionarios del HUN.

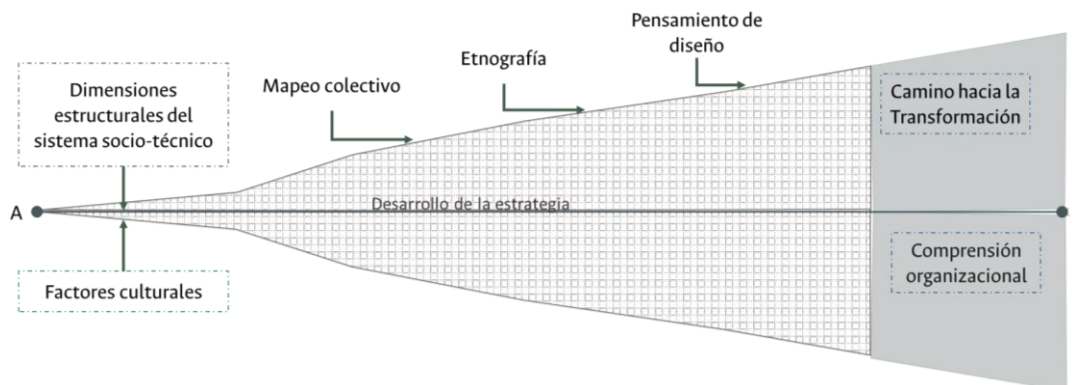


Figura 14 Desarrollo estrategia I

En la Figura 14 la intención consiste en mostrar gráficamente como se pretende que a través de la estrategia planteada, se comience desde un punto A, tomando en cuenta las D.E.S.S.T y los factores culturales implícitos de ese momento, y se inicie el desarrollo de la estrategia que a medida que lo requiera permita la interacción de herramientas correspondientes a otras disciplinas (considerando el seguimiento de expertos [S. Mora, comunicación personal 30 de Junio de 2019]) y de esta manera se enriquezca la ejecución de cualquier proceso, se espera que al llegar al punto B, se haya desarrollado un camino hacia la transformación y una comprensión más consciente de la organización, se espera que esta estrategia, pueda

Estrategia I: Diseñar abordajes integradores en la implementación de los procesos institucionales.	
Objetivos Específicos	Variables a considerar
1 Identificar las barreras internas y externas en la implementación de un proceso.	D.E.S.S.T (Diferenciación, comunicación, coordinación, control, formalización y centralización) y culturales (Conocimiento, comunicación y compromiso)
2 Diseñar herramientas de comunicación para la implementación del proceso institucional.	Mapeo colectivo, esquematización, pensamiento de diseño, enfoque de desviación positiva
3	Reuniones de trabajo integrador

	Implementar el proceso teniendo en cuenta la complejidad de la institución.	Registro de información cualitativa y cuantitativa
4	Evaluar la implementación del proceso	D.E.S.S.T (Diferenciación, comunicación, coordinación, control, formalización y centralización) y culturales (Conocimiento, comunicación y compromiso)

Tabla 14 Estrategia I: Objetivos y variables

D.E.S.S.T	ESCENARIO ACTUAL (Objetivo 1)	ESCENARIO FUTURO (Objetivo 4)
Diferenciación	¿A qué personal va dirigida la estrategia?	¿Quién lideró la estrategia al final?
	¿Quiénes son los líderes de ese proceso?	¿Es la estructura organizacional acorde con el liderazgo?
Comunicación	¿Se tiene claridad sobre lo que se necesita?	¿Qué problemas de comunicación hubo en la implementación de la estrategia?,
	¿Cómo es la comunicación interna de un proceso?	¿De qué manera mejorar las diferencias en términos de comunicación entre procesos?
	¿Cómo es la comunicación entre uno o varios procesos?	¿Qué evidencia de mejora se puede rescatar de la comunicación tanto interna como externa entre procesos?
Coordinación	¿Se tiene el tiempo y el espacio para realizar las actividades?	¿Qué dificultades se presentaron con respecto al plan establecido?
	¿Se cuenta con el apoyo necesario para el desarrollo de todas las actividades?	¿Qué elementos hicieron falta para el desarrollo de las actividades?
Control	¿De qué manera se realizará seguimiento a los avances?	¿Qué seguimiento se dará a futuro para esta información?
	¿Quién será responsable de los resultados finales?	¿Qué se espera de los resultados para la aplicación en otro proceso?
Formalización	¿Qué indicadores cualitativos o cuantitativos se tendrán en cuenta?	¿Qué indicadores emergen de la implementación de la estrategia?
		¿Cómo usar estos indicadores para mejoras futuras?
Centralización	¿Depende de alguien o de un proceso la correcta ejecución de la estrategia?	¿Hubo criterios que evidencien dependencia o codependencia que afectaron la implementación de la estrategia?
		¿Se pueden analizar estas dependencias y codependencias en términos de mejorar?
Conocimiento	¿Están todos los implicados en capacidad de responder al requerimiento o desarrollar las actividades?	¿Qué dificultades en términos de capacidades, habilidades y competencias se presentaron?

	¿Qué capacidades, habilidades y competencias deben desarrollarse antes de la implementación?	
Comportamiento	¿Qué comportamientos adversos se pueden esperar?	¿Qué comportamientos adversos o favorables se percibieron?
	¿Qué comportamientos favorables se pueden esperar?	¿Cómo se contrarrestan o potencializan estos comportamientos?
Compromiso	¿Serán todos los implicados comprometidos con el proceso?,	¿Qué nivel de compromiso hubo en el desarrollo de la estrategia?
	¿Se evidencia falta de compromiso antes de la actividad?	¿Cómo se pueden entablar relaciones para mejorar el compromiso?

Tabla 15 Estrategia I: Preguntas de referencia.

4.2 Estrategia II

Diseñar herramientas que promuevan el trabajo en equipo y la participación.

Esta estrategia se basa conceptualmente en la participación que “significa colaboración de personas que persiguen los objetivos definidos por ellos mismos” (Sanoff, 2006: citado en Rivera-Crespo, 2016), En lugar de una reunión estructurada, la realización de actividades que motivan la participación e interacción de todos los asistentes, incluyendo a los más tímidos, que no se sienten cohibidos para hablar ante un gran público, genera dinámicas diferentes. (Rivera-Crespo, 2016) Se pretende que así como se describe en el capítulo 3 y los requerimientos solicitados por y para la institución en el Anexo 8 se logre consolidar un espacio para dialogar, escuchar, compartir, construir en equipo, confrontar posturas, reconocer al otro y construir nuevos escenarios de cambio, etc.

Los métodos que aplican para el taller participativo, funcionan sólo en presencia de los siguientes principios:

El principio de triangulación, que consiste en recopilar información desde diferentes ángulos, con diferentes disciplinas que estén a cargo de la investigación, también debe contemplarse la triangulación de métodos que permite entender una misma pregunta ya sea desde lo visual, lo verbal o lo escrito. Por último la triangulación de las percepciones y

respuestas de los participantes que puede variar considerablemente de acuerdo a sus grupos. (Hogrebe et al, 2015)

El principio de la participación, con el fin de obtener el conocimiento implícito, los "actores" debe participar. En consecuencia, participar implica aportar y opinar en las decisiones: "estar informado", "conversar", "estar en acuerdo o desacuerdo", asimismo las decisiones deben ser tomadas por aquellos que sufren las consecuencias "los dolientes".

Por último, la Ignorancia óptima, para obtener datos científicamente sólidos se necesita de muestras más grandes y más tiempo. Sin embargo, el 80% de los resultados relevantes se pueden determinar al menos a una fracción del costo. Esto quiere decir que pragmáticamente, se evita una precisión innecesaria en la recopilación de los datos. La investigación se interrumpe en el punto donde se descubrió "lo suficiente". Esto será investigado y evaluado lo antes posible después de que se haya completado el proyecto. (Hogrebe et al, 2015)

El método propuesto para esta estrategia tiene elementos de la etnología, que de acuerdo con Hogrebe, funciona en la medida que 1) sea más cualitativo que cuantitativo el desarrollo de la investigación, además de "descubrir mucho sobre unas pocas personas", 2) Holístico, todos los aspectos de una cultura están conectados, todo puede influirse entre sí y tejerse de formas inesperadas, 3) Relativismo cultural, cada cultura es básicamente equivalente y solo puede entenderse por sí sola. Aplicar valores de una cultura a otra no tiene sentido, se debe tener en cuenta el "eurocentrismo", 4) Con observación participativa, el investigador participa en la cotidianidad en la medida de lo posible, debe "andar" entre ella. Debe mantener una distancia analítica del evento, para explorar y solo de esta manera se pueden indagar los elementos que completan la investigación. (Hogrebe et al , 2015)

Es fundamental describir la incidencia del taller en diferentes niveles, a continuación se describen brevemente los alcances y los cambios que puede generar en algunos de los elementos:

Respecto a las *Relaciones interpersonales*, se busca construir relaciones que en la cotidianidad laboral pueden no establecerse directamente, lograr superar la brecha entre el conocimiento empírico y el conocimiento científico. Es claro que algunas personas tienen más práctica y otra más teoría. Por otro lado, existen valores implícitos en los profesionales supra especializados que hacen que, aunque existan reuniones conjuntas y espacios de diálogo, las personas menos especializadas se cohiban de expresar sus opiniones. En consecuencia, las personas que suelen tener miedo o pensar que su conocimiento u opinión no es tomada en cuenta dentro de la institución, pueden expresar libremente sus posturas. Respecto a *Proyectos*, se realiza un taller con la intención de diseñar planes de acción, planes de mejora, propuestas, de manera más integral, tomando en cuenta las posturas y discursos de los diferentes actores reales de la necesidad detectada.

Continuando con esta idea en los *Procesos*, es importante transmitir de manera más eficiente los propósitos y valores institucionales, sobre todo definir cuál es el papel fundamental de los actores del hospital, para que cada uno sepa hasta donde llegan sus responsabilidades. Finalmente, *con la institución*, pueden priorizarse los planes de acción necesarios para el cumplimiento de la normativa institucional, fortalecer capacidades necesarias para responder al mercado y constituir en cada proceso un equipo transdisciplinar más sólido.

El taller participativo como posibilitador de la transformación

Como se estableció en el numeral 2.4 la estrategia que corresponde a la implementación de talleres participativos, además de la conceptualización antes mencionada, deben atribuírsele elementos de la capacidad transformadora y sus efectos en toda la organización. A continuación la lista de atributos que hacen del taller un facilitador de transformación organizacional:

- Posibilita una concienciación colectiva: servirá de evidencia para reconocer los valores, las perspectivas y argumentos de las personas sobre la organización.
- Fomentará el cambio comportamental, al romper paradigmas de trabajo pluri-disciplinar y construcción de reflexiones conjuntas.

- Necesitará del compromiso de los participantes
- Tanto la habituación a las dinámicas de taller, como la transferencia de información dada en el mismo, son garantía de un proceso de cambio.
- Establece dinámicas que pueden compactar tanto la perspectiva Top-down como la perspectiva Bottom-up. Tomando en cuenta el contexto de los factores institucionales pero sobrellevando ideas desde la base de la organización.
- Puede fomentar el hallazgo de nuevos líderes transformacionales en el hospital, tomando en cuenta el rol que representan en cada taller.
- La posibilidad de adaptarse de los individuos ha de representar su capacidad de superar barreras personales y profesionales.
- Las interacciones entre los diversos participantes del taller son multidimensionales y pueden generar una ruptura de la rutina, de la inercia institucional.
- Superación de la resistencia de los participantes.
- Puede servir de apertura para dinámicas futuras de cambio
- Si bien un gerente trabaja desde perspectivas idealizadas, estas pueden ser compartidas y nutridas en el diálogo conjunto.
- Dentro del marco de funcionamiento transformacional descrito, es un ejemplo de nuevos aprendizajes organizacionales y desarrollo de valores junto con potenciales profesionales.

En la estructura organizacional no incide mucho el taller participativo, pero si puede representar abiertamente las dinámicas de poder o de relación entre unos y otros. Además de generar dinámicas flexibles necesarias para la innovación.

Con respecto a la incidencia en los recursos humanos, genera nuevos modos de trabajo, pues fomenta el entendimiento desde diferentes perspectivas.

En la cultura organizacional puede evidenciar barreras culturales no identificadas en la cotidianidad. Puede generar nuevas formas de comunicación, evidenciar comunicaciones

ineficaces y poner sobre la mesa problemas que pudieron pasar desapercibidos. La retroalimentación de los talleres es clave para la llamada comunicación multilateral.

Las creaciones o cambios que surjan de los participantes también pueden ser incorporadas a futuros talleres. “Así se produce una permanente ida y vuelta donde el espacio del taller territorializa la creación colectiva, la participación plural y la visibilización de un horizonte de sentido crítico y transformador” (Risler & Ares, 2013, pp. 14)

En la tabla 19, se puede ver la estrategia con sus respectivos objetivos específicos y los atributos que deben ser evaluados antes y después de la aplicación del taller, tomando en cuenta las preguntas de la tabla 20.

Estrategia II: Diseñar herramientas que promuevan el trabajo en equipo y la participación.		
Objetivos Específicos		Variables a considerar
1	Identificar las necesidades de cada proceso susceptibles de cambiar a través del fortalecimiento de las relaciones sociales.	D.E.S.S.T (Diferenciación, comunicación, coordinación, control, formalización y centralización) y culturales (Conocimiento, comunicación y compromiso)
2	Diseñar talleres participativos entorno a la necesidad planteada	Mapeo colectivo, esquematización, pensamiento de diseño, enfoque de desviación positiva
3	Implementar el taller teniendo en cuenta la complejidad de la institución.	Reuniones de trabajo integrador
		Registro de información cualitativa y cuantitativa
4	Evaluar la aplicación del modo de trabajo propuesto	D.E.S.S.T (Diferenciación, comunicación, coordinación, control, formalización y centralización) y culturales (Conocimiento, comunicación y compromiso)

Tabla 16 Estrategia II. Objetivos y variables

D.E.S.S.T	ESCENARIO ACTUAL (Objetivo 1)	ESCENARIO FUTURO (Objetivo 4)
Diferenciación	¿A qué personal va dirigido?	¿El personal participante era el esperado?
	¿Qué niveles organizacionales se espera participen?	¿Qué niveles organizacionales participaron?
Comunicación	¿Se tiene claridad sobre los temas a discutir?	¿Qué temas fueron claves dentro de la discusión?
	A priori ¿Cómo es la comunicación entre los participantes?	¿Cómo fue la comunicación entre los participantes?

	Si se tienen varios procesos contemplados a participar ¿Cómo es la comunicación entre ellos?	Si había varios procesos ¿De qué manera interactuaron en el taller?
Coordinación	¿Se tiene el tiempo y el espacio para realizar las actividades?	¿Qué dificultades se presentaron con respecto al plan establecido?
	¿Se cuenta con el apoyo necesario para el desarrollo de todas las actividades?	¿Qué elementos hicieron falta para el desarrollo de las actividades?
Control	¿Qué categorías de análisis se tienen contempladas para el taller?	¿Qué seguimiento se dará a futuro para esta información?
	¿Bajo qué metodología se trabajará el taller?	¿Qué categorías de análisis emergen de la actividad?
		¿Qué se espera de los resultados para la aplicación en otro proceso?
Formalización	¿Qué indicadores cualitativos o cuantitativos se tendrán en cuenta?	¿Qué indicadores emergen de la implementación de la estrategia?
Centralización	¿Depende de alguien o de un proceso la correcta ejecución del taller?	¿Cómo usar estos indicadores para mejoras futuras?
Conocimiento	¿Qué profesiones o perfiles son los convocados al taller?	¿Fueron determinantes los perfiles presentes en el taller para la discusión o el entorno de diálogo?
	¿Están todos los implicados en capacidad de responder al requerimiento o desarrollar las actividades?	¿Hubo dificultades en cuanto a la correcta comunicación de lo que se requería?
	¿Qué capacidades, habilidades y competencias deben desarrollarse antes de la implementación?	¿Cómo responsable del taller, qué elementos deben mejorar a nivel de capacidades, habilidades o competencias?
	¿Qué información se requiere previa a la implementación de un taller?	
Comportamiento	¿Qué comportamientos adversos se pueden esperar?	¿Qué comportamientos adversos o favorables se percibieron?
	¿Qué comportamientos favorables se pueden esperar?	¿Cómo se contrarrestan o potencializan estos comportamientos?
Compromiso	¿Serán todos los implicados comprometidos con el proceso?,	¿Qué nivel de compromiso hubo en el desarrollo de la estrategia?
	¿Se evidencia falta de compromiso antes de la actividad?	¿Cómo se pueden entablar relaciones para mejorar el compromiso?

Tabla 17 Estrategia II: Preguntas de referencia.

4.3 Estrategia III

Reconfiguración del modo de trabajo

En el numeral 3.1 de este documento, podemos observar una serie de rupturas y obstáculos en torno a la ejecución de las acciones y actividades en el hospital. Dichas menciones deben ser resueltas reconfigurando la forma de realizar las actividades, entre las soluciones propuestas existen cuatro ítems principales que deben resolverse:

Ítem	¿Qué?	¿Para qué?
1	Mejorar la disponibilidad de las agendas	Disminuir de la variabilidad en las agendas.
2	Mejorar comprensión de las herramientas y requerimientos aplicados en la institución	Optimizar la eficiencia en los tiempos de la ejecución de las tareas
3	Fomentar la disposición para resolver y cumplir los acuerdos institucionales	Disminución de los vacíos de información y obstáculos de comunicación.
4	Reducir la saturación laboral	Disminuir del estrés y frustración en las actividades

Tabla 18 Ítems a resolver estrategia III:

La correcta ejecución de cualquier tarea institucional debe ser menos individual y más colectiva. En el momento inicial de las tareas, debe consolidarse con los responsables de todos los procesos, 1) una agenda conjunta, 2) una correcta resolución de los propósitos y objetivos de las tareas, 3) todos los participantes de la tarea institucional deben entender la importancia de su papel dentro de la misma y 4) Coherencia entre los tiempos disponibles para lo cotidiano y para lo adicional en términos de la jornada laboral del personal encargado.

Estrategia III: Reconfigurar el modo de trabajo de los funcionarios del HUN, en tareas institucionales.		
Objetivos Específicos		Variables a considerar
1	Identificar las posibles configuraciones de trabajo para los procesos transversales de la institución.	D.E.S.S.T (Diferenciación, comunicación, coordinación, control, formalización y centralización) y culturales (Conocimiento, comunicación y compromiso)

2	Desarrollar formas de trabajo acordes con la transversalidad de los procesos o tareas.	Mapeo colectivo, esquematización, pensamiento de diseño, enfoque de desviación positiva
3	Implementar el modo de trabajo conjunto para los procesos en mínimo 3 procesos transversales.	Reuniones de trabajo integrador
		Registro de información cualitativa y cuantitativa
4	Evaluar la aplicación del modo de trabajo propuesto	D.E.S.S.T (Diferenciación, comunicación, coordinación, control, formalización y centralización) y culturales (Conocimiento, comunicación y compromiso)

Tabla 19 Estrategia III. Objetivos y variables.

	ESCENARIO ACTUAL (Objetivo 1)	ESCENARIO FUTURO (Objetivo 4)
Diferenciación	¿A qué personal va dirigido el proceso?	¿El personal era el esperado?
	¿Qué dependencia es responsable del proceso transversal?	¿La dependencia responsable cumplió su objetivo?
	Dentro de cada proceso ¿Quién es responsable de realizarlo?	¿Quién se hizo cargo del proceso?
Comunicación	¿Qué equipos de trabajo se pueden conformar?	¿Qué equipos de trabajo se conformaron?
	A priori ¿Cómo es la comunicación entre los responsables de cada proceso?	¿Cómo fue la comunicación entre los participantes?
	¿Con qué mecanismos de comunicación se llevará a cabo el proceso transversal?	¿Qué mecanismos se usaron para ejecutar el proceso?
Coordinación	¿Se tiene el tiempo y el espacio para ejecutar el proceso?	¿Qué dificultades se presentaron con respecto al plan establecido?
	¿Se cuenta con el apoyo necesario para el desarrollo de todas las actividades?	¿Qué elementos hicieron falta para el desarrollo de las actividades?
Control	¿Qué categorías de análisis se tienen contempladas para la ejecución del proceso?	¿Qué seguimiento se dará a futuro para esta información?
	¿Bajo qué metodología se trabajará el proceso transversal?	¿Qué categorías de análisis emergen de la actividad?
		¿Qué se espera de los resultados para la aplicación en otro proceso?
Formalización	¿Qué indicadores cualitativos o cuantitativos se tendrán en cuenta?	¿Qué indicadores emergen de la implementación de la estrategia?
	¿Qué formatos se utilizarán para el proceso?	¿Cómo usar estos indicadores para mejoras futuras?
		¿Requieren los formatos un rediseño o reajuste?
Centralización	¿Depende de alguien o de un proceso la correcta ejecución del proceso?	¿De quién dependió finalmente la correcta ejecución del proceso?

Conocimiento	¿Qué profesiones o perfiles son participantes del proceso?	¿Fueron determinantes los perfiles presentes en la ejecución del proceso para la discusión o el entorno de diálogo?
	¿Están todos los implicados en capacidad de responder al requerimiento o desarrollar las actividades?	¿Hubo dificultades en cuanto a la correcta comunicación de lo que se requería?
	¿Qué capacidades, habilidades y competencias deben desarrollarse antes de la implementación?	¿Cómo responsable del proceso, qué elementos deben mejorar a nivel de capacidades, habilidades o competencias?
Comportamiento	¿Qué comportamientos favorables se pueden esperar?	¿Qué comportamientos adversos o favorables se percibieron?
	¿Qué comportamientos adversos se pueden esperar?	¿Cómo se contrarrestan o potencializan estos comportamientos?
Compromiso	¿Serán todos los implicados comprometidos con el proceso?,	¿Qué nivel de compromiso hubo en el desarrollo de la estrategia?
	¿Se evidencia falta de compromiso antes de la actividad?	¿Cómo se pueden entablar relaciones para mejorar el compromiso?

Tabla 20 Estrategia III: Preguntas de referencia.

4.4 Estrategia IV

Acercamiento de la Universidad al Hospital

Las dinámicas por las cuales transcurre el proyecto presentado, desde su aceptación, comunicación inicial, trabajo de campo y las diversas dinámicas asociadas a la ejecución del mismo, generan la necesidad de proponer un acercamiento de la academia al hospital de manera más concreta. Esto con el fin de que se aproveche de mejor manera el recurso de los investigadores con una maestría en curso que no necesariamente es del ámbito de la salud, pero sí de carreras complementarias que pueden contribuir a la mejora de la institución en diferentes aspectos.

Se requiere entonces de un centro de gestión de la investigación interno en el HUN, que garantice la buena ejecución de proyectos multidisciplinarios. Si bien es cierto que a nivel médico, de enfermería, y demás carreras adscritas a la salud existe un mecanismo más estructurado, hace falta la adaptación a otras carreras, que tienen cabida dentro de lo que sería el diseño de servicios, el diseño de los sistemas organizacionales y la complementariedad de los grupos de trabajo de todos los procesos. La gama de proyectos

institucionales, de trabajo, académicos, que maneja por ejemplo la Universidad Nacional daría un aporte tan amplio como el hospital lo permitiera.

Se busca en concreto que en sus actividades de mejora cada proceso reflexiona en busca de resolver preguntas de investigación, esto con el fin de consolidarse como hospital universitario, pues es inherente a este título que se realice activa investigación tanto de carácter interno, como conexiones externas. De cada proceso surgirán entonces preguntas de investigación tales como: ¿Por qué existe tensión entre los grupos de trabajo transdisciplinar?, ¿Cómo reducir la cantidad de residuos en cada proceso?, ¿Cómo comprender los subsistemas de trabajo que coexisten en cada proceso o servicio? Las preguntas mencionadas, pueden resolverse a través de grupos de investigación de la Universidad Nacional, juntando proyectos de pregrado, posgrado, semilleros y grupos de trabajo voluntario.

Estrategia IV: Conectar a los investigadores de diversas disciplinas con las investigaciones generadas en el HUN.		
Objetivos Específicos		
Variables a considerar		
1	Identificar en los grupos primarios, las preguntas de investigación que se plantean por semestre.	D.E.S.S.T (Diferenciación, comunicación, coordinación, control, formalización y centralización) y culturales (Conocimiento, comunicación y compromiso)
2	Generar alianzas con las facultades de la Universidad.	Mapeo colectivo, esquematización, pensamiento de diseño, enfoque de desviación positiva
3	Diseñar los proyectos de investigación conjunta que se desarrollaran.	Reuniones de trabajo integrador
		Registro de información cualitativa y cuantitativa
4	Evaluar el proyecto de investigación planteado.	D.E.S.S.T (Diferenciación, comunicación, coordinación, control, formalización y centralización) y culturales (Conocimiento, comunicación y compromiso)

Tabla 21. Estrategia IV: Objetivos y variables.

	ESCENARIO ACTUAL (Objetivo 1)	ESCENARIO FUTURO (Objetivo 4)
Diferenciación	¿A qué acción mejora va dirigida la propuesta de investigación?	¿Los resultados serán aplicados a corto, mediano o largo plazo?
	¿Quién es el director de la investigación?	¿Qué resultados obtuvo el director del proyecto?
	¿Con que facultades se puede asociar para resolver la pregunta de investigación?	¿Cómo fue la interacción con la facultad identificada?
Comunicación	¿Qué equipos de investigación se pueden conformar?	¿Qué equipos de investigación se conformaron?
	¿Con qué mecanismos o plataformas de comunicación se usarán para el trabajo conjunto?	¿Qué mecanismos o plataformas se usaron para el trabajo conjunto?
Coordinación	¿Se tienen los determinantes y requerimientos para para la investigación?	¿Qué dificultades se presentaron con respecto al plan establecido?
	¿Se cuenta con el apoyo necesario para el desarrollo de todas las actividades?	¿Qué elementos hicieron falta para el desarrollo de las actividades?
Control	¿Qué categorías de análisis se tienen contempladas para la ejecución de la investigación?	¿Qué seguimiento se dará a futuro para esta información?
	¿Bajo qué metodología se trabajará la investigación?	¿Qué categorías de análisis emergen de la actividad?
	¿Se cuenta con toda la normativa de manejo de la información? (consentimientos informados)	¿Qué se espera de los resultados de investigación?
Formalización	¿Qué indicadores cualitativos o cuantitativos se tendrán en cuenta?	¿Qué indicadores emergen de la implementación de la estrategia?
	¿Qué formatos se utilizarán para la investigación?	¿Cómo usar estos indicadores para mejoras futuras?
	¿Qué tiempo y cronograma se invertirá en la investigación?	¿Requieren los formatos un rediseño o reajuste?
Centralización	¿Depende de alguien o de un proceso la correcta ejecución de la investigación?	¿De quién dependió finalmente la correcta ejecución de la investigación?
Conocimiento	¿Qué profesiones o perfiles son necesarios para la investigación?	¿Fueron determinantes los perfiles presentes en la ejecución de la investigación?
	¿Están todos los implicados en capacidad de responder al requerimiento o desarrollar las actividades?	¿Hubo dificultades en cuanto a la correcta comunicación de lo que se requería?
	¿Qué capacidades, habilidades y competencias deben desarrollarse para la investigación?	¿Cómo responsable de la investigación, qué elementos deben mejorar a nivel de capacidades, habilidades o competencias?
Comportamiento	¿Qué comportamientos favorables se pueden esperar?	¿Qué comportamientos adversos o favorables se percibieron?
	¿Qué comportamientos adversos se pueden esperar?	¿Cómo se contrarrestan o potencializan estos comportamientos?
Compromiso	¿Serán todos los implicados comprometidos con la investigación,	¿Qué nivel de compromiso hubo en el desarrollo de la estrategia?
	¿Se evidencia falta de compromiso para la alianza estratégica?	¿Cómo se pueden entablar relaciones para mejorar el compromiso?

Tabla 22. Estrategia IV: Preguntas de referencia.

Conclusiones y recomendaciones

El aporte de esta investigación consiste en cómo hacer una transformación organizacional en el Hospital Universitario Nacional con la participación de sus funcionarios, en busca de promover la innovación institucional. Inicialmente al identificar elementos de la investigación e innovación en hospitales, el recorrido teórico que se hace permite enmarcar los conceptos de esta investigación, sin embargo la necesidad del Hospital y la inclusión de este proyecto en sus actividades cotidianas complementa la fase inicial del proyecto para tener un contexto más completo.

Si bien se ha explorado la transformación organizacional desde la teoría, esto se integra con el desarrollo del trabajo de campo a través de las prácticas identificadas y referidas por los actores partícipes de la investigación. Se resalta que los procesos institucionales se transforman en su ejecución cuando se incorporan metodologías y herramientas etnográficas, de acción y aprendizaje participativo y de mapeo colectivo. El abordaje enfocado a un proceso transversal a la corporación buscó encontrar dinámicas y modos de trabajar que permitieron proponer estrategias de transformación como las que se muestran en el capítulo 4, consecuentes con el trabajo de campo y el análisis.

Los retos actuales del contexto hospitalario analizado.

A nivel del hospital universitario, tomando en cuenta que la investigación realizada corresponde en gran medida a la reconfiguración de algunas posturas y responsabilidades de las personas en cada proceso, sumado a la comprensión de las relaciones entre los procesos. Uno de los retos identificados corresponde a que los profesionales de la salud que asumen un papel de gerencia, consideren su postura estratégica en su proceso y con el entorno de la institución, en otras palabras, adquirir habilidades adicionales de gerencia

y gestión. Por otro lado, las relaciones sociales dentro de la corporación tienen un gran impacto sobre las dinámicas cotidianas, por ello una correcta gestión del trabajo transdisciplinar es clave para el éxito de la institución.

A nivel del abordaje científico, se considera que existe mucha riqueza a través en la investigación participante y en la comprensión de las interacciones y criticidades dentro de las instituciones de salud, la complejidad de los sistemas y subsistemas que se evidencia en atención al usuario, cirugía, atención ambulatoria, entre otros entornos en los cuales se solapan, disciplinas diversas, valores profesionales distintos y estructuras sociales que permean la acción cotidiana de todos los profesionales y sus pacientes. Estos escenarios son ricos en información, datos y oportunidades reflexivas.

Finalmente se considera que así como esta investigación parte del diseño industrial en sus aplicaciones en lo organizacional, se complementa con la ingeniería industrial a través de las estructuras gerenciales y el pensamiento estratégico, para finalmente dialogar con todo el entorno de los profesionales de la salud, otras investigaciones sigan el camino de la unión de disciplinas y enfoques. Se plantea que desde la institución y cada uno de sus procesos es necesario acercarse a otras disciplinas aprovechando la cercanía de las universidades, y del mismo modo los modelos científicos referentes a las artes, la ingeniería en todas sus variedades, las ciencias humanas y sociales, deben acercarse a esta complejidad para desarrollar proyectos de investigación que aporten a la integralidad del Hospital.

Estudios futuros

Se considera que esta tesis de investigación deja aportes significativos en la institución, se pueden realizar estudios futuros utilizando los resultados de los ciclos de atención del hospital, se tienen los factores críticos, dado que actualmente no existe un modelo de atención construido, es necesario desarrollar investigaciones que prevean bajo el marco general logrado en este documento, futuros escenarios complejos en la institución, por ejemplo uno de ellos es la rotación de subdirecciones de acuerdo con las políticas de la

facultad de medicina, la necesidad de unidades como la de atención del paciente crítico o imágenes diagnósticas por desarrollar modelos de negocio diferentes de autogestión, desarrollar investigaciones propias que sean difundidas para cambios internos y en relación con redes de hospitales que puedan gestarse en la institución.

Es de resaltar que se deben ahondar estudios referentes con las barreras en la interacción identificadas en esta tesis, la disparidad en el manejo de lenguajes por parte de los funcionarios (lo estratégico, lo misional y lo de apoyo) en cuanto a las diferentes solicitudes de uno y otro genera mucha tensión entre las partes. El manejo de formatos y requerimientos que en la búsqueda exagerada de la estandarización desconocen algunos elementos de la realidad y cotidianidad hospitalaria, es necesario que las políticas institucionales se aborden desde otros enfoques, ya que los subdirectores de cada unidad son expertos para la gerencia su actividad y pueden tomar decisiones asertivas, pero el sistema que se intenta imponer desgasta su labor en la estandarización excesiva. Por lo tanto, se considera que deben seguirse trabajando a nivel de investigación, la prueba de diferentes modos de trabajar y nuevas configuraciones especializadas en la solución de problemas, se sabe que existen políticas a cumplir, cada institución debe acreditarse, certificarse, posicionarse, pero los problemas en la interacción humana están por lo general de últimas en la lista de prioridades, careciendo por ejemplo de los ejercicios de participación activa mostrados en este documento. De esta manera es realmente integral el trabajo utilizando el *know how* de cada especialidad para buscar soluciones y mejorar todo el sistema para el paciente.

Sobre la complejidad del Hospital

Definitivamente la realidad hospitalaria, tomando en cuenta todos los requerimientos a los que se enfrenta, leyes y políticas nacionales e internacionales, la operatividad asistencial, toda la actividad formativa sumada a la necesidad de sostenimiento económico construye un escenario complejo. En consecuencia, coexisten en la institución, un hospital, una universidad, una empresa y el estado a través de las políticas y lineamientos establecidos. Además de todos estos elementos, se rescata en esta investigación, que las prácticas

evidencian que esta complejidad también existe en niveles distintos. Los comportamientos, las actitudes, los niveles de compromiso hacen que investigaciones como la propuesta puedan enriquecerse tanto en los niveles macro (directivos y gerencia), como en los niveles meso (jefes y procesos misionales) o micro de la institución (operatividad). Se destaca también, la importancia de reconocer “los aportes de las teorías culturales, entre las que está por ejemplo la teoría de las prácticas, en donde se valora el conocimiento implícito, el cual posibilita la organización simbólica de la realidad y, por ende, define en gran medida la interacción” (Lange, 2016, pp. 179) y los tejidos entre diferentes elementos de un mismo proceso.

El abordaje a través de la participación en un proceso dado, permitió conocer a todos los directores, subdirectores y jefes de los procesos, en busca de la comprensión de la realidad a través de diferentes perspectivas: 1) la institucional por un lado, mediante la solicitud de un requerimiento importante para la acreditación, 2) el profesional de la salud que siendo idóneo para su cargo, que asume responsabilidades que no son propias de su ejercicio profesional, 3) la realidad de los equipos de trabajo que asumen las normativas y las directrices de sus dirigentes en ocasiones sin entender totalmente, ¿qué hacer? y ¿cómo hacerlo?. Esta búsqueda de la comprensión de la cotidianidad de los diferentes niveles organizacionales, destaca que los enfoques encuentran en la minucia, en el detalle, en las interacciones sociales y en las solicitudes de los “dolientes” elementos validos de análisis. En estos aspectos parafraseando a Lange “comienzan a surgir patrones, comportamientos que se repiten y se repiten, con sus variantes y de las cuales luego se deducen las prácticas” (Lange, 2016) que finalmente pueden dar resultados que con la correcta comunicación llegan a permear a toda la institución.

Sobre el abordaje de trabajo de campo y las reuniones de participación.

Dada la evidencia y acompañamiento en el proceso transversal del trabajo de campo, se refuerza la complementariedad que dan los esquemas utilizados para tener ejercicios de ejecución de los procesos más integrales. Estos esquemas y mapas, además de tener una utilidad institucional, son una experiencia valiosa de trabajo multidisciplinar y una forma

de aprendizaje conjunto. Por otro lado, el cambio de actitud de los profesionales y funcionarios del hospital es una evidencia de que estos trabajos en equipo, fomentan la actitud proactiva y no reactiva en la institución. Escenarios como el taller participativo diseñado, implementado y analizado, generan espacios que aprovechan el Know How institucional en beneficio del propio proceso. La participación de las personas, el reconocimiento de las mismas y la incidencia de sus opiniones dentro de los procesos, inmediatamente después de compartirlo o en medianos y largos plazos genera un impacto en toda la institución y en su propia profesión.

Límites de la investigación

Sobre los límites de la investigación presentada al ser un trabajo teórico-práctico, cuyo objetivo es proponer, quedan abiertas preguntas en torno a la aceptación de las estrategias por parte de la institución. El abordaje metodológico aunque permitió un enfoque de investigación participante, por diversos factores contextuales y porque en el hospital aún no se tiene un mecanismo de gestión total de los proyectos de investigación, faltó implementar más talleres participativos para los objetivos planteados.

Otro limitante es la falta de una estructura específica para aplicar proyectos de investigación de este tipo en el hospital, si bien se concretaron los objetivos, el proyecto tuvo que ser flexible y adaptarse día a día a lo que la institución permitía. Al carecer de un centro de investigaciones más estructurado el proyecto se concreta sobre la marcha.

Finalmente, se resalta que la investigación debería ser de algún modo continuada dentro de la institución, ya que el abordaje fue aceptado por los diferentes funcionarios, rompiendo la brecha de la resistencia al cambio de paradigmas, teniendo la aceptación de los jefes de procesos en torno al proyecto, se considera que tiene la viabilidad para continuar en una segunda fase.

Referencias

Abreu-Hernandez, L. e Infante-Castañeda, C. (2004) La educación médica frente a los retos de la sociedad del conocimiento. Gac Méd Méx Vol. 140 No. 4, 3 de Agosto de 2004

Ahmady, Gholam & Mehrpour, Maryam & Nikooravesh, Aghdas. (2016). Organizational Structure. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 230. 10.1016/j.sbspro.2016.09.057.

AQuAS (2018) Proyecto PIPPI: comunidad de práctica para la compra basada en valor. AQuAS Blog. Recuperado de <https://blog.aquas.cat/2018/12/13/innovacion-pippi/?lang=es>

Aquino-Flores, M. (2018). PROCESO DE APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL. Universidad de Carabobo, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales Valencia. Venezuela

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) (enero - febrero de 2018). Revolución del sistema de salud, propuesta ACHC. Hospitalaria 117.

Atkinson R. (1999) Project management: cost, time and quality, two best guesses and a phenomenon, its time to accept other success criteria. IJoPM 1999; 17: 337-42.

Bunge, M. (1960) La ciencia. Su método y su filosofía. Buenos Aires: Siglo Veinte; 1960.

Buschmeyer, A., Schuha, G. & Wentzelb, D. (2016) Organizational Transformation Towards Product-service Systems – Empirical Evidence in Managing the Behavioral Transformation Process. Aachen, Germany Procedia CIRP Volume 47, 2016, Pages 264-269 <https://doi.org/10.1016/j.procir.2016.03.224>

- Carneiro-Caneda, M. (2010). Dirección Estratégica Innovadora. (M. Martínez, Ed.) La Coruña, España: Netbiblo
- Cevallos, C., Garrido, S., López, M.A., Cervera, E & Estirado, A. (2004) Investigación en atención primaria: actitud y dificultades percibidas por nuestros médicos. Madrid, España. 2004
- Clancy, C., Margolis, P. & Miller, M. (2013) Collaborative Networks for Both Improvement and Research. Feb 27, 2013. Agency for Healthcare Research and Quality. doi:10.1542/peds.2012-3786H
- Coleman, D., Spira, A. & Ravid, K. (2013) Promoting interdisciplinary research in Departments of Medicine: Results from two models at Boston University School of medicine (2013). Transactions of the american clinical and climatological association, vol. 124. Boston, Massachusetts.
- Contreras, E. (2013) El concepto de estrategia como fundamento de la planeación estratégica Pensamiento & Gestión. Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia. núm. 35, julio-diciembre, 2013, pp. 152-181
- COTEC (2016) Guía para el análisis de la innovación en hospitales. IE Business School ISBN: 978-84-92933-40
- Drucker, P. (2007). The practice of management. The classic Drucker collection (Edición revisada, reimpresión). M. Belbin (Ed.) USA: Elsevier.
- EASP S.A (Escuela Andaluza de Salud Pública) (2012) Evolución y tendencias futuras del hospital Revisión bibliográfica sistemática. Granada, España 12 de mayo de 2012
- E-Health (08 de Marzo de 2018) El hospital universitario sueco Karolinska instala NUCLeUS de Sony en 31 quirófanos. Imagenacion. Recuperado de <https://imagenacion.com/noticia/348/e-health/el-hospital-universitario-sueco-karolinska-instala-nucleus-de-sony-en-31-quiroyfanos.html>

Academia Europea de Pacientes. EUPATI (2015) Medicina traslacional. Recuperado de https://www.eupati.eu/es/estudios-no-clinicos/medicina-traslacional/#Medicina_traslacional_un_concepto_bidireccional

Fayomi O.S.I., Okokpujie I.P., Fayomi G.U. (2009) An Innovation Concept towards Bridging the Gaps Between Teaching and Research, *Procedia Manufacturing*, Volume 35, 775-781, ISSN 2351-9789, <https://doi.org/10.1016/j.promfg.2019.06.022>.

FCI-IC (2019) Informe anual 2017-2018. Bogotá. Colombia. Recuperado de: <https://www.cardioinfantil.org/wp-content/uploads/Informe-Anual-2017-2018-Fundacio%CC%81n-Cardioinfantil.pdf>

Fundación Valle del Lili (2018). Informe de sostenibilidad 2017. Cali. Colombia. Recuperado de: <https://valledellili.org/wp-content/uploads/2018/04/pdf-Informe-anual-2017.pdf>

Fundación Valle del Lili (2019). Informe de sostenibilidad 2018. Cali. Colombia. Recuperado de: <https://valledellili.org/wp-content/uploads/2019/04/Informe-anual-2018-web.pdf>

Garney, W. R., Wilson, K., Nelon, J. L., Hays, C., Garcia, K. M., Muraleetharan, D., Farmer, J., McLeroy, K. (2019) Understanding innovation in health program planning and development, *Evaluation and Program Planning*, Volume 73, 2019, 226-231.

Godwin-Nosakhare, O. (2018). "Strategic change and organizational transformation process in nigerian organizations." *International Journal of Research - Granthaalayah*, 6(9), 116-122. <https://doi.org/10.5281/zenodo.1436777>.

Harris, D., Krause, K., Parish, D., Smith, M. (2007). Academic Competencies for Medical Faculty. *Fam. Med.* 2007; 39(5):343-50.

Herrera, V. (24 de Octubre de 2018) Médicos del Hospital Pablo Tobón capacitarán a colegas en Antioquia. Medellín. Colombia. Recuperado de:

<https://www.elcolombiano.com/antioquia/hospital-pablotobon-uribe-proyecto-echo-en-antioquia-XF9546572>

Hogrebe, P., Netuschil, S., Rauscher, P., & Brugger, S. L. (2015). Werkzeugkasten für Erkundung und Evaluation. Handout zum Workshop (version 4.0). Ingenieure ohne Grenzen. Documento no publicado.

Hoseinpour, J. (2007), "Technology information role in organizations structure transformation", *Journal of Political Information – Economic*, Vol. 21 Nos 237-238, pp. 182-195

Hospital Universitario Nacional (HUN) (2019) Inducción General para estudiantes. Reseña Histórica. De <https://www.dailymotion.com/video/x75zp8d>

Hospital Universitario Nacional (HUN). (2018). Informe de gestión 2018. Recuperado de http://hun.edu.co/galeria_multimedia/documentos_pdf/Informe_de_gestion%202018.pdf

Hospital Universitario Nacional (HUN. 2019) Modelo de Atención. Agosto de 2019.

HPTU (2018 – 2020) HIBIPA HÍGADO, VÍA BILIAR Y PÁNCREAS. Medellín, Colombia. Recuperado de: <https://www.hptu.org.co/servicios-medicos/hibipa.html>

Iglesias-Posadilla, D., Gómez-Marcos, V. & Hernández-Tejedorc, A (2017) Apps y Medicina Intensiva. ARTÍCULO ESPECIAL *Med Intensiva*. 2017; 41(4):227---236 España.17 de marzo de 2017

Imada, A. S. (1991): *The Rationale and Tools of Participatory Ergonomics*. Ediciones K. Noro and A. Imada. London. Taylor & Francis, pp. 30 – 46. ISSN 0149-7189, <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2019.02.001>.

Jaramillo-Salazar H (2014). *El Hospital como organización del conocimiento y espacio de formación de investigadores en salud*. Cali: Facultad de Economía y Facultad de Medicina, Universidad del Rosario; 2007

Joseph, M.L., Bair, H., Williams, M., Huber, D.L., Moorhead, S., Hanrahan, K., Butcher, H., & Chi, N.-C. (2019, September/October). Health care innovations across practice and academia: A theoretical framework. *Nurs Outlook*, 67(5), 596604

Joseph, M.L., Bair, H., Williams, M., Huber, D.L., Moorhead, S., Hanrahan, K., Butcher, H., & Chi, N.-C. (2019, September/October). Health care innovations across practice and academia: A theoretical framework. *Nurs Outlook*, 67(5), 596604

Jowett, S.M., MacLeod, J., Wilson, S. & Hobbs F. (2000) Research in primary care: extent of involvement and perceived determinants among practitioners from one English region. *Br J Gen Pract* 2000; 50:387-9.

Juliao-Rossi, J., Forero-Pineda, C., Losada-Otalora, M., Peña-García, N. (2019) Trajectories of innovation: A new approach to studying innovation performance, *Journal of Business Research*, 2019, ISSN 0148-2963, <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.11>

Juliao-Rossi, J., Forero-Pineda, C., Losada-Otalora, M., Peña-García, N. (2019) Trajectories of innovation: A new approach to studying innovation performance, *Journal of Business Research*, 2019, ISSN 0148-2963, <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.11.026>.

Karimi, F., Morshedi, Z. (2015) The relationship between transformational leadership with organizational Innovation. Department of Educational Science, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran DOI:10.4103/2395-2296.158343

Kaya, N., Nuray Turan, N., Özdemir, G. (2015) A Concept Analysis of Innovation in Nursing, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, Volume 195, 1674-1678, ISSN 1877-0428, <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.06.244>.

Komaromy, M., Duhigg, D., Metcalf, A., Carlson, C., Kalishman, S., Hayes, L., Arora, S. (2016). Proyecto ECHO (Extensión para resultados de atención médica comunitaria): un nuevo modelo para educar a los proveedores de atención primaria sobre el tratamiento

de los trastornos por uso de sustancias. *Abuso de sustancias*, 37 (1), 20–24. Doi: 10.1080 / 08897077.2015.1129388

Kuorinka, I. (1997). Tools and means of implementing participatory ergonomics. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 19: 267-270.

ELPAIS (Septiembre 15, 2019). La innovación en salud, una realidad en la Fundación Valle del Lili. Cali, Colombia.

Lange, K. (2016) Tesis Doctoral: Compatibilidades en las Multiplicidades: El uso de dispositivos médicos en la sala de operaciones Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina, Doctorado Interfacultades en Salud Pública Bogotá, Colombia 2016.

Lee, Shoou-Yih & Weiner, Bryan & Harrison, Michael & Belden, Charles. (2012). *Organizational Transformation: A Systematic Review of Empirical Research in Health Care and Other Industries*. *Medical care research and review* : MCRR. 70. 10.1177/1077558712458539

Maspons, R (13 de diciembre 2018) Proyecto PIPPI: comunidad de práctica para la compra basada en valor. Posted on 13 de diciembre de 2018. Recuperado de <https://blog.aquas.cat/2018/12/13/innovacion-pippi/?lang=es>

Minguez, I., Siles, J. (2014) Pensamiento crítico en enfermería: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva. *Aquichan*. 2014; 14(4):594-604.

MINSALUD (2019). Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia 3.1. Colombia, (2019)

Mintzberg, H. (1987) The strategy concept I: Five Ps for strategy. *California Management Review*, 30(1), 11-24.

Miró, M. (2016) Práctica colaborativa interprofesional en salud: Conceptos clave, factores y percepciones de los profesionales. Grupo de Investigación Crítica en Salud, Facultad de

Enfermería y Fisioterapia, Universidad de las Islas Baleares, Educ Med. 2016;17(Supl 1):21-24

Montenegro, B.L., Terán, G., Bastidas, J.L., Realpe, I.A., Villarreal, F.J. & Fernández, A. (2017) Análisis crítico de la responsabilidad social en entidades de salud. Rev Cubana Invest Bioméd. 2017; 36(1):1-10.

Nazarzadeh, M., Abdi, S., Hossein, A & Ali, M. (2015),"From change to organizational transformation", Library Management, Vol. 36 Iss 1/2 pp. 157 - 167 <http://dx.doi.org/10.1108/LM-06-2014-0074>

Niño-Sánchez, L. (2016) Estrategias de optimización de la gestión de recursos en proyectos de investigación en la Facultad de Ciencias de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Artes. Diseño Industrial. Bogotá, Colombia, 2016.

Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001. Sistemas de gestión de la calidad Requisitos. Bogotá D.C. Colombia. 23 de Septiembre de 2015.

Nurten, K., Nuray, T., Gülsün, Aydin. (2015) A Concept Analysis of Innovation in Nursing, Procedia - Social and Behavioral Sciences, Volume 195, 1674-1678, ISSN 1877-0428, <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.06.244>.

Organización Panamericana de la Salud – OPS (2017) Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina / 1a ed . - Buenos Aires. ISBN 978-950-710-128-1

Orlikowski, W, J. (2000) Using Technology and Constituting Structures: A Practice Lens for Studying Technology in Organizations. Organization Science, Vol. 11, No. 4 (Jul. - Aug., 2000), pp. 404-428

- Palencia-Sánchez, F., García-Ubaque JC. (2016) Innovación e investigación en hospitales universitarios. *Rev. Fac. Med.* 2016; 64(4):741-7. Spanish. Doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.54837>.
- Pro.sony (2004-2020). Nucleus: the smart digital imaging platform for hospitals. Sony Electronics Asia Pacific Pte. Ltd. Recuperado de https://pro.sony/en_PW/solutions/healthcare/nucleus-digital-or
- Project Management Institute (PMI) (2014). Pulse of the Profession in-depth report: Enabling organizational change through strategic initiatives. Newtown Square: PMI; 2014.
- Proksch, D., Busch-Casler, J., Max Haberstroh, M., Pinkwart, A. (2019) National health innovation systems: Clustering the OECD countries by innovative output in healthcare using a multi indicator approach, *Research Policy*, Volume 48, Issue 1, 2019, Pages 169-179, ISSN 0048-7333, <https://doi.org/10.1016/j.respol.2018.08.004>.
- Reckwitz, A. (2002). Toward a Theory of Social Practices: A Development in Culturalist Theorizing. *European Journal of Social Theory*.
- Ribera, J., Antoja, G., Rosenmoller, M. & Borrás, P. (2016) El Hospital del futuro. Un nuevo rol para los hospitales líderes en Europa. IESE Business School (ST-388). Barcelona.
- Risler, J & Ares, P. (2013) Manual de mapeo colectivo: recursos cartográficos críticos para procesos territoriales de creación colaborativa. ISBN 978-987-27390-7-2 1. Ciencias Políticas. I. Ares, Pablo II. 1a ed. - Buenos Aires: Tinta Limón, 2013. 80 p.
- Rivera-Crespo, O. (2017). Taller de Diseño Colaborativo y Hábitat Evolutivo: puentes entre la academia y la comunidad *Bitácora Urbano Territorial*, Volumen 27, Número 1, p. 55 - 62, 2017. ISSN electrónico 2027-145X. ISSN impreso 0124-7913.
- Rodés, J & Trilla, A. (1999) Fórmulas para la integración de la formación clínica y básica en medicina. *Med. Clin.* 1999; 113(810):379-82.

Ruiz, R., Pérula de Torres, L., Romero de Castilla, R. & Del Pozo, R. (1995) Investigación en atención primaria: visión de los médicos de familia formados en la Unidad Docente de Córdoba. *Aten Primaria* 1995; 16:360-3

Segredo PAM, García MAJ, López PP, et al. Enfoque sistémico del clima organizacional y su aplicación en salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015;41(1):115-129.

Semana (2018) Un camino hacia la excelencia en salud. 25 de Noviembre de 2018. Bogotá. Colombia. Recuperado de <https://www.semana.com/Item/ArticleAsync/591928>

Serrano, M & Blázquez, P. (2015) *Design Thinking lidera el presente, Crea el futuro*. ESIC Editorial. Madrid. España

Sund, K., Villarroel, J.A., & Bogers, M. (2014). Organizational Aspects of Business Model Innovation: The Case of the European Postal Industry. *Academy of Management Proceedings*. 2014. 11099-11099. 10.5465/AMBPP.2014.126.

Sutz, J. (2002). *Problemas avanzados de la innovación en América Latina*. Maestría en Ciencia, Tecnología y Sociedad. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.

Terán, G., Mora, E., Gutiérrez, M., Maldonado, S., Delgado, W. & Fernandez, A. (2017) Innovation management in public health services. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. 2017;36(3). Cuba.

Tomas, F., Torsten-Oliver, S. (2017) Shaping innovation in health care: A content analysis of innovation policies in the English NHS, 1948–2015, *Social Science & Medicine*, Volume 192, 2017, Pages 143-151, ISSN 0277-9536, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.038>.

Tosey, P. (2001) When change is no longer enough: what do we mean by 'transformation' in organizational change work?. Human Potential Research Group School of Educational Studies University of Surrey Guildford Surrey GU2 5XH UK

Vaezi, R. and Sabzikaran, E. (2010), "Relationship between organizational structure and personnel empowerment in NIOPDC-Tehran area", Journal of Transformation Management Research Paper, Vol. 2 No. 3, pp. 153-178 (in Persian).

Valencia, J. & Manrique, R. (2004) Evaluación de tecnologías en salud. CES Medicina. 2004; 18(2):81-6.

Vallebron (2018) European University Hospitals Alliance (EUHA). Union Europea. Recupeado de <https://www.vallhebron.com/es/el-campus/proyectos-estrategicos/european-university-hospitals-alliance-euha>

Van, D. (2010) Design ethnography: Taking inspiration from everyday life. STBY London & Amsterdam 17 Agosto de 2010.

Zapata, D. (2004). LA GESTIÓN DE CALIDAD EN EMPRESAS COLOMBIANAS DE SERVICIOS DE CONSULTA EN INGENIERÍA. Revista EIA, (1), 27-31. Retrieved November 20, 2019, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-12372004000100003&lng=en&tlng=es.

Zennouche, M., Zhang, J. and Wang, B.W. (2014) 'Factors influencing innovation at individual, group And organisational levels: a content analysis', Int. J. Information Systems and Change Management, Vol. 7, No. 1, pp.23–42

Transformación organizacional en el HUN

Anexo 1. Acta de Reunión (Ajuste de trabajo de campo)

		Formato de Acta de Reunión		
		Manual de Gestión Documental		
		Código: CA-FR-01	Vigente desde: 10-05-2018	Versión: 03
ACTA Nro.	FECHA: 2019-05-21	LUGAR: Dirección de Calidad		
1. OBJETIVOS DE LA REUNIÓN				
<p>Informar a la Directora Operativa y al maestrante en Ingeniería Industrial quienes realizan la caracterización de los procesos institucionales, las observaciones realizadas por la consultora de Acreditación en la revisión del enfoque integrador Seguimiento a la Gestión de los Procesos, para que se implementen.</p>				
2. ORDEN DEL DÍA				
<ol style="list-style-type: none"> 1. Observaciones realizadas 2. Plazo de trabajo 				
3. DESARROLLO DE LA REUNIÓN				
<p>Dentro del proceso de preparación para la acreditación que se realiza para cumplir con el objetivo estratégico No. 1 Lograr la acreditación en salud en 2021, se llevó a cabo revisión del Enfoque Integrador Seguimiento a la Gestión de los Procesos, estableciendo los siguientes contenidos mínimos en la caracterización de los 26 procesos institucionales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre del proceso 2. Cargo del líder 3. Objetivo 4. Actividades (relacionadas con los atributos de calidad del modelo de atención PRECISO) establecidas de acuerdo al ciclo PHVA 5. Indicadores 6. Necesidades de los clientes <p>Esto permitirá establecer los indicadores para la medición de la gestión de los procesos que se organizarán en tres tipos de tableros de control de indicadores TUCIP: Tablero Unico de Control de Indicadores por Proceso TUCIT: Tablero Unico de Control de Indicadores Tácticos TUCIE: Tablero Unico de Control de Indicadores Estratégicos</p> <p>Las requerimientos básicos en el numeral 4 son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se debe identificar mínimo una actividad y su indicador por cada atributo de calidad del modelo PRECISO. • Cada actividad debe relacionarse sólamete con uno de los atributos de calidad del modelo PRECISO. <p>Plazo de cumplimiento de la tarea: 30 de Junio de 2019 Entregable: 26 caracterizaciones (una por proceso)</p>				

	Formato de Acta de Reunión		
	Manual de Gestión Documental		
	Código: CA-FR-01	Vigente desde: 10-05-2018	Versión: 03

ACTA Nro.	FECHA: 2019-05-21	LUGAR: Dirección de Calidad
NOMBRE DE LA REUNIÓN: Caracterización de Procesos		
7. ASISTENTES A LA REUNIÓN		

NOMBRE	CÉDULA	CARGO	FIRMA
Rocío Gómez Benavides	34560362	Directora Operativa	
Luis Fernando Niño	1024512191	Maestrante en Ingeniería Industrial	
Alix Constanza Rojas Escamilla	51932690	Directora de Calidad	

Anexo 2. Formatos de caracterización de procesos



 	Formato de Caracterización de Procesos		
	Manual de Calidad		
	Código: OP-FR-195	Vigente desde: 2018-07-17	Versión: 001



Fecha de elaboración: 2019-06-26



Atención del paciente en Cuidado Crítico	
NOMBRE	
OBJETIVO	Garantizar el cuidado integral del paciente crítico que en el departamento de cuidado crítico tanto en Unidad de Cuidados Intensivos o Unidad de Cuidados Intermedios, teniendo como ejes fundamentales la seguridad del paciente de acuerdo con los lineamientos del modelo de atención del Hospital Universitario Nacional.
ALCANCE	Pacientes, familiares, equipo tratante y estudiantes
	CARGO RESPONSABLE DEL ATENCIÓN AL USUARIO Subdirector Departamento de Cuidado Crítico

QUIEN SUMINISTRA (PROVEEDOR) PROCESO/SUBPROCESO	ENTRADAS	SALIDAS	RESPONSABLE	QUIEN RECIBE (CLIENTE USUARIO) PROCESO/SUBPROCESO
Atención del paciente médico Consulta Externa Atención prioritaria Cirugía Referencia y contra referencia	Paciente que cumple con los criterios de ingreso, estancia y egreso establecidos por el Hospital Universitario Nacional de Colombia	Paciente ingresado al Departamento de cuidado crítico.	Equipo tratante	Atención del paciente médico, Cirugía Paciente, familiares y cuidadores. Casa Otra institución Morgue
Atención en cuidado crítico	Plan de manejo integral que incluye soporte nutricional, Prescripción de medicamentos, ordenes de apoyo diagnóstico, interconsultas o traslado a otros servicios	Paciente egresado	Equipo tratante	Atención del paciente médico, Cirugía Paciente, familiares y cuidadores, Casa, Otra institución, Morgue, Atención del paciente en cuidado crítico, Atención del paciente en imágenes diagnósticas, Atención del

 		Formato de Caracterización de Procesos		
		Manual de Calidad		
		Código: OP-FR-195	Vigente desde: 2018-07-17	Versión: 001
Logística y suministros	Insumos y dispositivos médicos de consumo	Insumos utilizados	Equipo de Atención del paciente en Cuidado Crítico	paciente en quirófanos, Red de donación y trasplantes
Farmacia	Insumos, medicamentos y dispositivos médicos del paciente.	Evolución diaria en cuidado crítico.	Equipo tratante	Pacientes, familiares, cuidadores y personal de cuidado crítico
Atención del paciente quirúrgico	Paciente operado	Paciente egresado de cuidado crítico	Equipo tratante	Pacientes Cirugía Interconsulta
Atención de paciente en imágenes diagnósticas, Laboratorio clínico y patología	Resultado de Pruebas diagnósticas, lecturas.	Plan de manejo en cuidado crítico	Equipo tratante	Pacientes, familiar y cuidador
Historia Clínica	Diagnóstico de condición clínica y plan de manejo integral en cuidado crítico	Registro de historia clínica	Equipo tratante	Equipo tratante de Atención del paciente en Cuidado Crítico.
				Equipo tratante, paciente, familias, EPS, IPS, Auditoría interna y externa, Instituciones educativas
				Hospitalización, Cirugía

 		Formato de Caracterización de Procesos		
		Manual de Calidad		
		Código: OP-FR-195	Vigente desde: 2018-07-17	Versión: 001
Procesos misionales	Programación de turnos	Revista transdisciplinaria	Equipo tratante	Paciente, familiares y cuidadores. Casa Otra institución Morgue
Universidad Nacional de Colombia	Programación de rotación de estudiantes de pre y postgrado	Seminarios Revistas docente asistenciales Trabajos de investigación Evaluación	Equipo tratante	Estudiantes Pacientes Familias Sistema de seguridad social EPS IPS Instituciones educativas Educación



NECESIDADES DEL PROCESO	NECESIDADES DEL CLIENTE
Dieta, Camas Hospitalización, Limpieza y desinfección rutinaria y terminal, condiciones de seguridad de infraestructura y mantenimiento, muestras de laboratorio y patológicas, imágenes diagnósticas, capacitación en manejo de equipos, ingreso de pacientes, pacientes recuperados, ropa de las camas.	Información, cuidados, riesgos, contraindicaciones, buen trato, atención segura

	Formato de Caracterización de Procesos		
	Manual de Calidad		
	Código: OP-FR-195	Vigente desde: 2018-07-17	Versión: 001

MATRIZ PHVA/PRECISO				
	Planear	Hacer	Verificar	Actuar
P: Pertinente	Plan de manejo integral Solicitar dispositivos médicos, insumos y medicamentos Solicitar de adquisición o reparación de equipos biomédico.	Prescripción integral transdisciplinaria Realizar procedimientos y colocación de dispositivos intervenciones Participar en la selección del personal. Solicitar personal idóneo.	Seguimiento al plan de manejo integral Seguimiento a la adquisición de medicamentos, insumos y equipos Evaluación del desempeño del personal del equipo tratante	Acciones de mejoramiento asociadas al plan de manejo integral
R: Responsable	Inducción específica en el puesto de trabajo Entrega elementos de protección personal. Definir perfiles del personal a cargo.	Trabajo en equipo transdisciplinario Registros en Historia clínica Formulación de medicamentos Registro de evoluciones equipo tratante. Usar medidas de protección correspondientes con el servicio. Proceso académico alrededor de la atención	Seguimiento al trabajo en equipo transdisciplinario Seguimiento a la calidad de registro en las historias clínicas Adherencia a protocolos y guías de manejo Seguimiento al cumplimiento de medidas de bioseguridad y seguridad laboral Seguimiento al cumplimiento de actividades académicas	Garantizar la calidad basado en el trabajo en equipo transdisciplinario
E: Eficiente	Elaborar Cuadros de rotación mensual	Registrar y justificar plan de manejo integral Definir criterio de ingreso, estancia y egreso.	Verificar el cumplimiento de la gestión de los recursos del plan de manejo integral.	Acciones de mejora sobre el manejo de los recursos.

	Formato de Caracterización de Procesos		
	Manual de Calidad		
	Código: OP-FR-195	Vigente desde: 2018-07-17	Versión: 001

	Gestionar los recursos para el plan de manejo integral.			
C: Compasivo	Solicitar ropa de cama Solicitar apoyo a psicología y a pastoral.	Educar al paciente y su familia. Informar y acompañar al paciente y su familia. Establecer plan de fin de vida	Seguimiento al proceso de educación del paciente y su familia Seguimiento al proceso de información a la familia Seguimiento a los procesos de fin de vida	Diseño de estrategias de humanización basadas en la atención centrada en la personas
I: Innovador	Planteamiento de proyectos de investigación.	Gestionar proyectos de investigación. Gestionar eventos académicos. Gestionar estrategias para aprendizaje significativo	Seguimiento al desarrollo de proyectos de investigación. Seguimiento a eventos académicos Seguimiento a implementación de estrategias de aprendizaje significativa	Diseño y desarrollo de protocolos de investigación que generen nuevo conocimiento. Diseño de metodologías para el aprendizaje significativo
S: Seguro	Definir guías de manejo Definir los protocolos para los dispositivos invasivos. Valoración de escalas de riesgo en paciente.	Gestión del riesgo de manera individualizada Gestión de dispositivos de acuerdo a protocolos institucionales. Gestión del tablero de riesgos.	Verificar la gestión individualizada del riesgo Verificar el cumplimiento de protocolos de los dispositivos Realizar auditorías internas. Verificar el cumplimiento de la gestión tablero de riesgos	Diseño y adopción de protocolos y guías basados en la mejor evidencia


 	Formato de Caracterización de Procesos		
	Manual de Calidad		
	Código: OP-FR-195	Vigente desde: 2018-07-17	Versión: 001

O: Oportuno	Solicitud de ayudas diagnósticas. Solicitud de interconsultas	Interpretar ayudas diagnósticas Incorporar conceptos de servicios interconsultados Revaloración de plan de manejo	Verificar el cumplimiento del plan de manejo integral	Acciones de mejora para el cumplimiento de los planes de manejo integral
--------------------	--	---	---	--

RECURSOS
TALENTO HUMANO
Subdirector de atención del paciente en cuidado crítico Enfermeras Auxiliares de enfermería Nutricionista Psicóloga Fisioterapeuta Fonoaudióloga Trabajadora social Médicos
TECNOLOGICOS
Sistema de información en salud, herramientas ofimáticas, sistema de gestión de calidad, RED CAP
FISICOS
Computadores, equipos biomédicos, mobiliario médico, dispositivos medico quirúrgicos, medicamentos, impresora, habitaciones de cuidado crítico y cuidado intermedio dotadas

 	Formato de Caracterización de Procesos		
	Manual de Calidad		
	Código: OP-FR-195	Vigente desde: 2018-07-17	Versión: 001

INDICADORES	
P: Pertinente	Número de consultas de atención por enfermería en cuidado crítico. Número de egresos de UCI
R: Responsable	Porcentaje de pacientes que fueron donantes
	Proporción de documentos del proceso de Atención del Paciente en Cuidado Crítico que cumplen con el estándar de tiempo para cada una de las fases del ciclo de gestión documental
	Proporción de documentos del proceso de Atención del Paciente en Cuidado Crítico vencidos en el periodo
	Ejecución gastos de personal
	Ejecución gastos generales - Controlables
	Participación de glosa
	Cumplimiento de ingresos
	Porcentaje de satisfacción del usuario
E: Eficiente	Porcentaje de usuarios que recomendarían la IPS
	Días promedio de estancia.
	Porcentaje de ocupación UCI
	Tasa de mortalidad
C: Compasivo	Días de manejo en la UCI
	Proporción del PQRS dirigidos al proceso de atención del paciente en cuidado crítico que fueron gestionados
	Muertes por causa de protocolo de fin de vida
I: Innovador	Proporción de quejas en el total de atenciones
	Número de trabajos de investigación
S: Seguro	Número de eventos adversos asignados al proceso de Atención del Paciente en Cuidado Crítico
	Porcentaje de reingresos no programados a UCI (menos de 48)
	Número de Infecciones asociadas a la atención del paciente en cuidado crítico
O: Oportuno	Tasa de pacientes con diagnóstico de muerte encefálica
	Tiempo promedio de respuesta a la remisión de UCI

	Formato de Caracterización de Procesos		
	Manual de Calidad		
	Código: OP-FR-195	Vigente desde: 2018-07-17	Versión: 001

REQUISITOS A CUMPLIR	
LEGALES	NORMA
Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia Versión 3.1 Resolución 482 de 2018.	Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. MPS 2007.

Elaborado por

Firma: _____

Nombre: Jairo Antonio Pérez Cely

Cargo: Subdirector Unidad de Cuidado Crítico

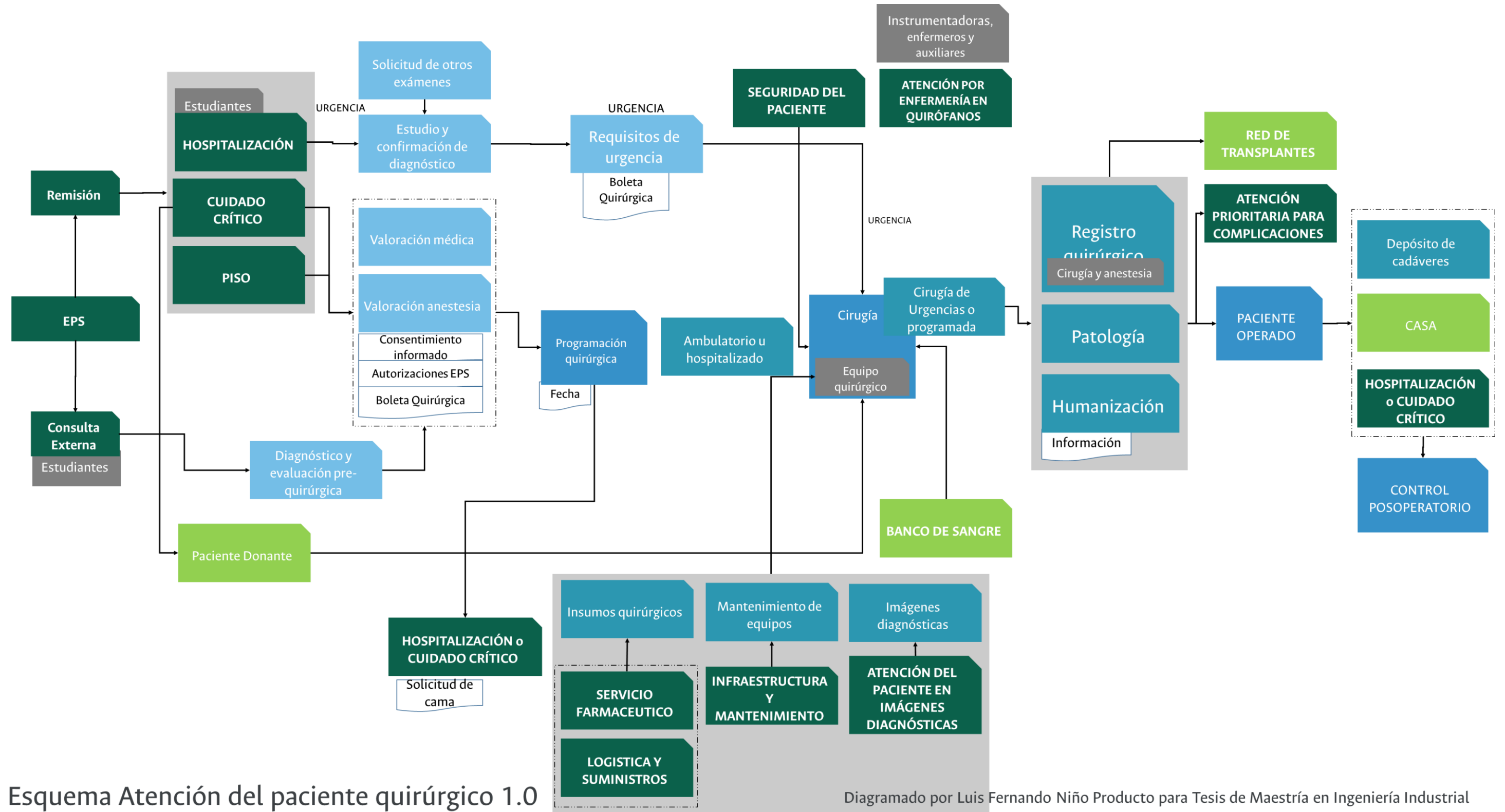
Revisado por

Firma: _____

Nombre: Rocío Gómez Benavides

Cargo: Directora Operativa

Anexo 3. Esquema Atención del paciente quirúrgico 1.0

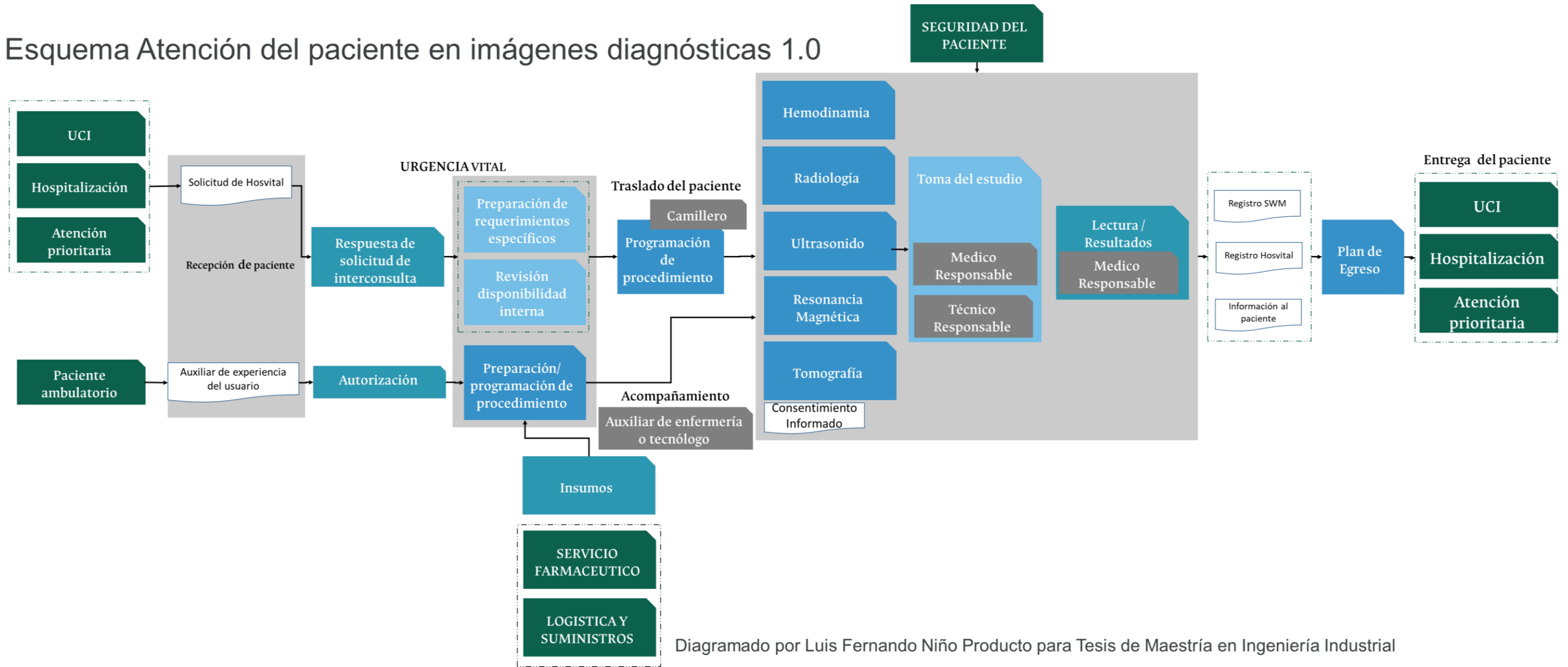


Esquema Atención del paciente quirúrgico 1.0

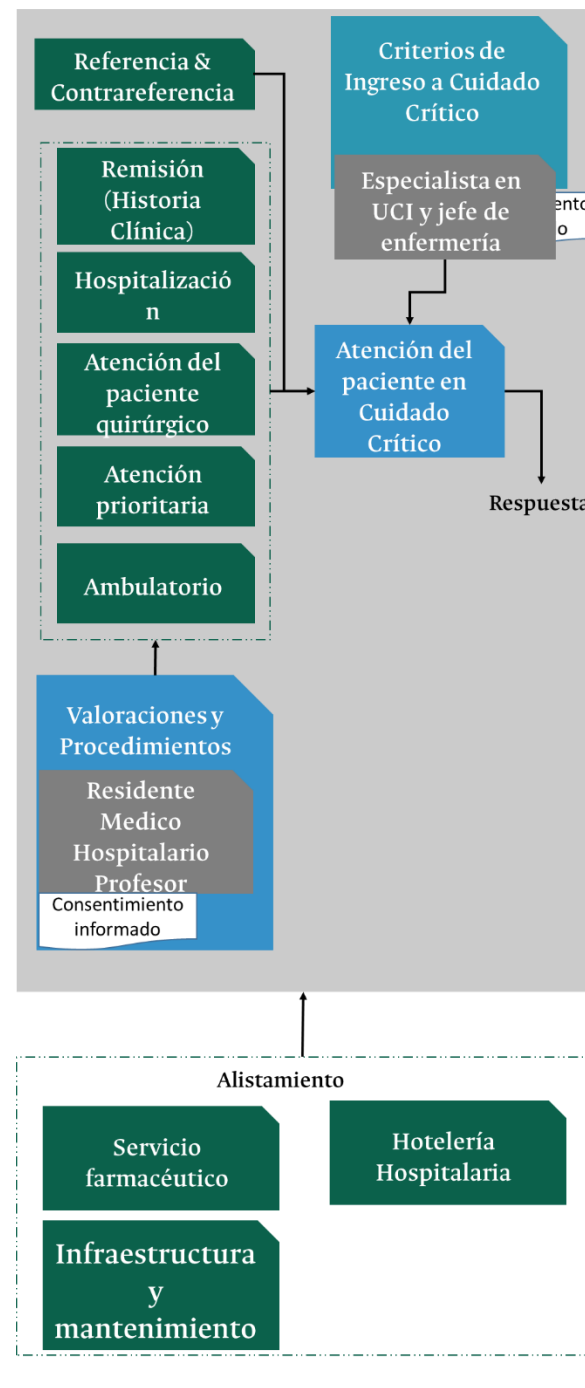
Diagramado por Luis Fernando Niño Producto para Tesis de Maestría en Ingeniería Industrial

Anexo 4. Esquema Atención del paciente en imágenes diagnósticas 1.0

Esquema Atención del paciente en imágenes diagnósticas 1.0

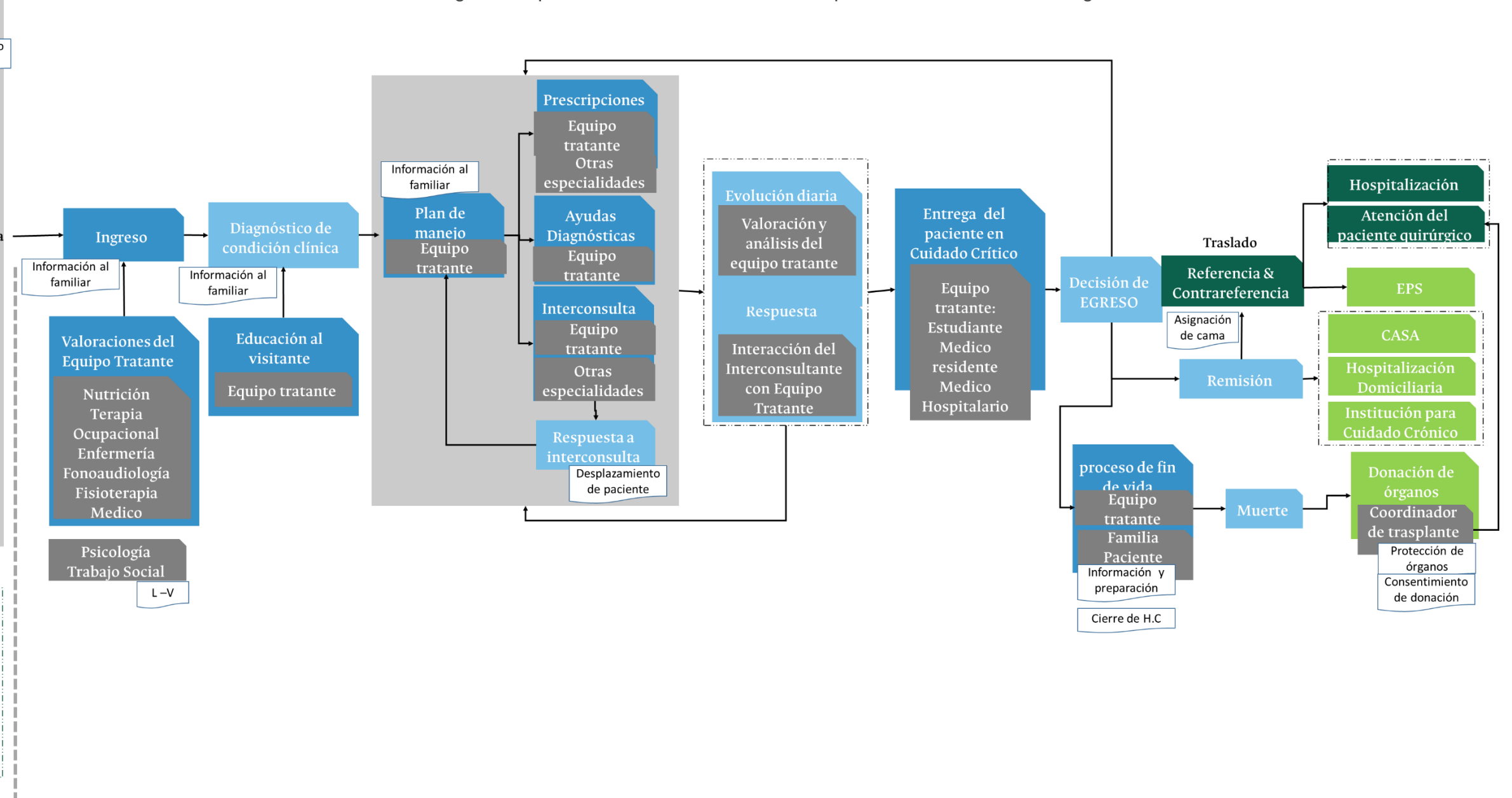


Anexo 5. Esquema Atención del paciente en Cuidado Crítico 1.0



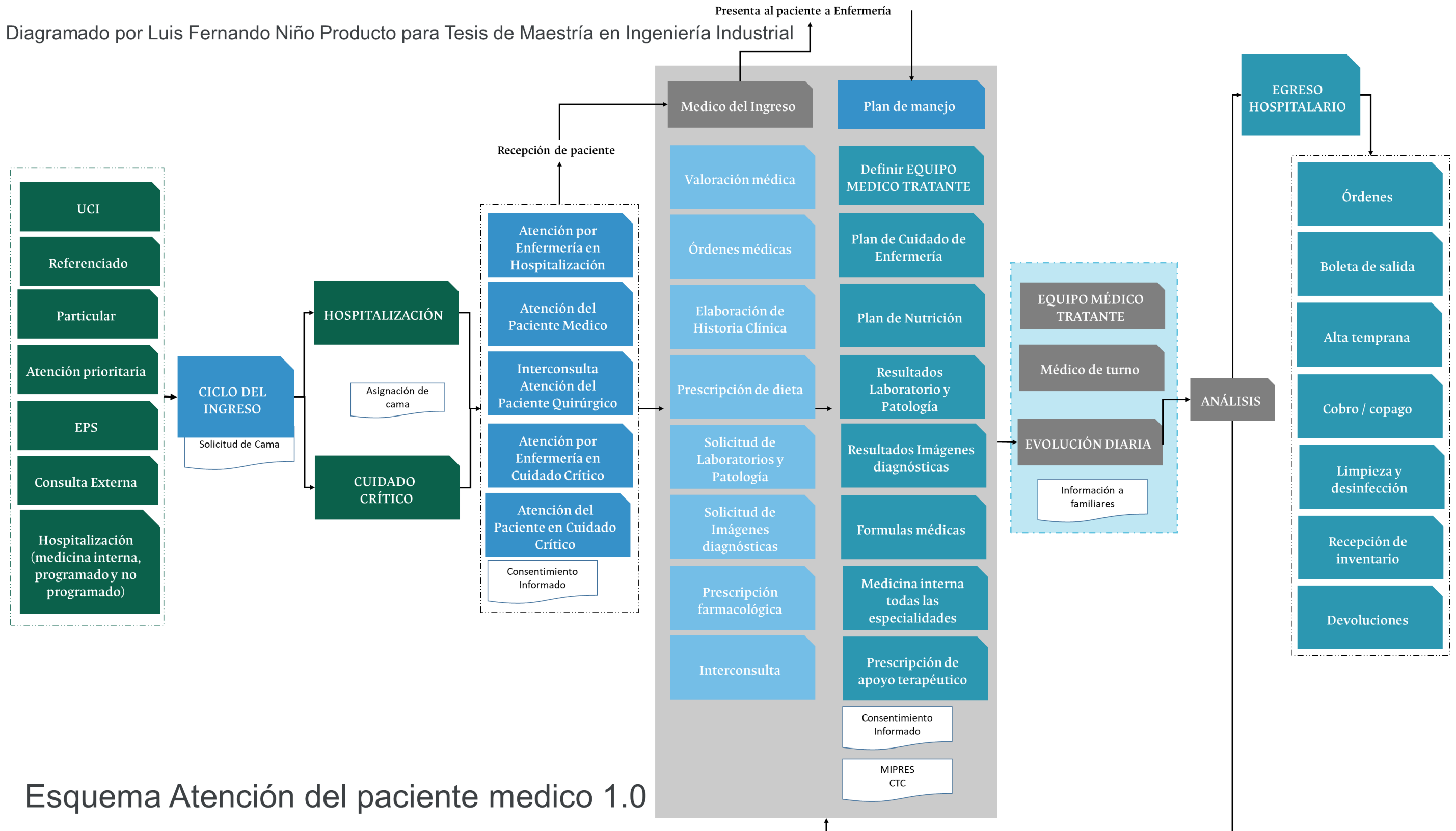
Esquema Atención del paciente en Cuidado Crítico 2.0

Diagramado por Luis Fernando Niño Producto para Tesis de Maestría en Ingeniería Industrial



Anexo 6. Esquema de Atención del paciente médico 1.0

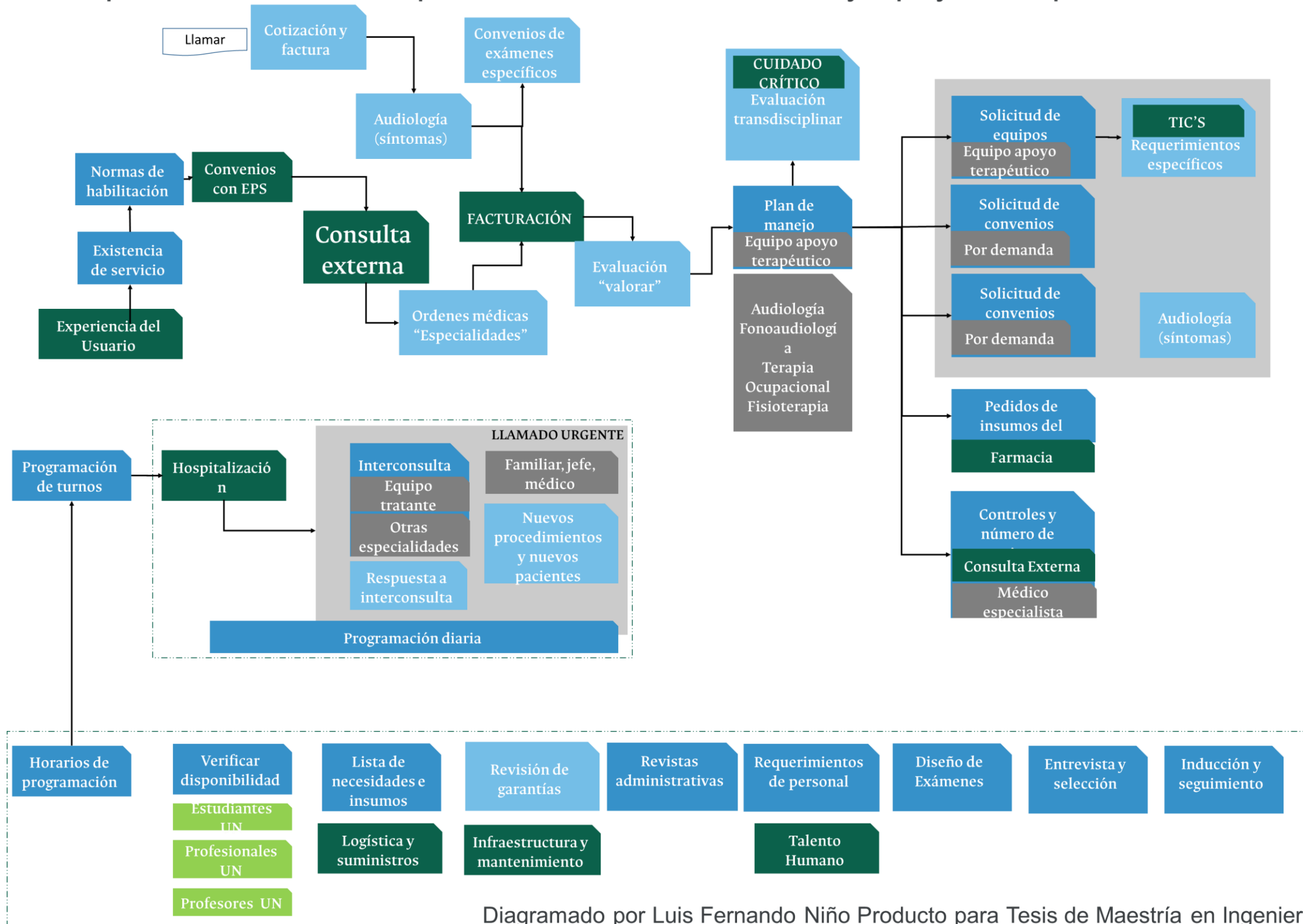
Diagramado por Luis Fernando Niño Producto para Tesis de Maestría en Ingeniería Industrial



Esquema Atención del paciente medico 1.0

Anexo 7. Esquema Atención del paciente en Rehabilitación y Apoyo Terapéutico 1.0

Esquema Atención del paciente en Rehabilitación y Apoyo Terapéutico 1.0



Diagramado por Luis Fernando Niño Producto para Tesis de Maestría en Ingeniería Industrial

Se pretende que en un espacio de trabajo colaborativo y de co-construcción los diferentes actores de cada proceso, puedan trabajar en torno a la resolución de una pregunta, oportunidad de mejora o propuesta. Buscando la proposición de herramientas de mejoramiento para las tareas que así como la caracterización, serán requeridas a futuro.

Personas requeridas en participación: (entre 8 y 12 personas) Se considera que para cada taller debe estar presente mínimo una persona por cada rol del proceso, por ejemplo: En el proceso de atención del paciente en imágenes diagnósticas, debe estar presente mínimo: técnico, tecnólogo, radiólogo, estudiante de pregrado, estudiante de posgrado, personal administrativo, y el subdirector o jefe.

Tiempo requerido por cada taller: Si bien se comprenden las dinámicas institucionales, es importante tener en cuenta que para el buen desarrollo de estas actividades se requieren alrededor de 90 minutos.

Agenda para los talleres: Se tiene previsto que sean desarrollados entre el 05 de Agosto y el 09 de Septiembre.

Apoyo institucional: Durante el proceso del trabajo de campo se ha contado con el apoyo de toda la institución, pero para esta propuesta se ha adelantado un apoyo incondicional del Jefe de Comunicaciones y del equipo de Atención del paciente en Imágenes diagnósticas quienes llevarán a cabo el primer Workshop T.E.A.M el día 02 de Agosto de 2019.

Cordialmente



DI Luis Fernando Niño Sánchez
Estudiante de Maestría en Ingeniería Industrial

Anexo 10. Notas primera parte taller.



Anexo 11. Formato ideas taller

Formato de propuesta de ideas

¿Qué?	¿Cómo?	Allados estratégicos
IDEA 1 Descentralizar Procesos Propia personal Procesos personal	Descentralizar - Contar con personal capacitado e idóneo en estas áreas	talento humano
IDEA 1.2 Propia recepción		
IDEA 2 Propia facturación	Contar con personal capacitado en el área - contar con personal capacitado en el área	Talento humano
IDEA 2.1 Propia personal atención		
IDEA 3		
IDEA 3.1		

Formato de propuesta de ideas

¿Qué?	¿Cómo?	Allados estratégicos
IDEA 1. Promover la agilización de todos los procesos referentes a los pacientes desde el ingreso hasta el egreso	PROTOCOLIZANDO CADA PROCESO. ACOMPANIAMIENTO PERSONALIZADO. FOLLETOS INFORMATIVOS	→ TIC - Sistema → Servicio de Calidad y Atención al Usuario → Servicio de Calidad
IDEA 1.2		
IDEA 2 Personal para evitar carga de trabajo	Contratación de personal idóneo según se requiere	Talento humano
IDEA 2.1		
IDEA 3 Pautas para trabajar en equipo	Capacitaciones	Cada área de HUN.
IDEA 3.1		

Formato de propuesta de ideas

¿Qué?	¿Cómo?	Allados estratégicos
IDEA 1 Comunicación efectiva y efectiva	Inducción de aclaraciones en el proceso de Imágenes Dx.	• Departamento Diagnóstico • Administración
IDEA 1.2		
IDEA 2 Venta de Servicios	Fortalecer siempre y en forma de manera acertada nuestro producto	Convenios
IDEA 2.1		
IDEA 3 Capacitación en general para el personal hospitalario	Actualizar y disponer de los	• Áreas de HUN
IDEA 3.1		

Formato de propuesta de ideas

¿Qué?	¿Cómo?	Allados estratégicos
IDEA 1 Actualización permanente de los problemas cotidianos que se presentan con el sistema hospital que afecta la plataforma de integración con el CUM.	Experiencia en la solución de los problemas cotidianos que se presentan con el sistema hospital que afecta la plataforma de integración con el CUM.	Sistemas TICs.
IDEA 1.2 Actualización mantenimiento y soporte de Hospital - Síntesis EUM		
IDEA 2 Socializar con los médicos del hospital que estudian Solicitar información que rotan por los diferentes servicios del hospital	Capacitación continua a los médicos hospitalarios que rotan por los diferentes servicios del hospital	Dirección Clínica
IDEA 2.1		
IDEA 3 Socializar con los médicos los protocolos de estudios	Verificación y corrección de los protocolos del Servicio de Imágenes	Imágenes y Diagnósticos.
IDEA 3.1		

Formato de propuesta de ideas

¿Qué?	¿Cómo?	Allados estratégicos
IDEA 1 Orientación específica a los pacientes	CERO que se debe hablar en términos claros que ellos entiendan	Capacitación personal Talento humano
IDEA 1.2		
IDEA 2 Concordancia de Abreos para Socializar	Establecer implementos y acciones propuestas para que todos hablen en los mismos términos	Sub director médico
IDEA 2.1		
IDEA 3 Hacer la planta de personal	Personal suficiente para realizar actividades, que se desarrolle de manera adecuada mejoramiento	Talento humano
IDEA 3.1		

Formato de propuesta de ideas

¿Qué?	¿Cómo?	Allados estratégicos
IDEA 1 Atención eficiente desde el consultorio a la salida	Humanización	ATENCIÓN AL USUARIO
IDEA 1.2		
IDEA 2 Información de talleres sobre la realización del estudio	Realizar capacitación al personal que recibe al paciente para lograr dar correctos indicadores	PERSONAS QUE QUIEN HACE O REALIZA DICHO ESTUDIO
IDEA 2.1		
IDEA 3 Atención de dudas frente a inquietudes	Conocer los procesos del departamento de Imágenes	INFORMACIÓN (PROCESO DIAGNÓSTICO)
IDEA 3.1		