

Gestión de la calidad y el conocimiento en los servicios hospitalarios en tiempos de pandemia

Quality and knowledge management in hospital services in time of pandemics

Rosalba Roque González^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-5014-872X>

Julián Francisco Ruiz Torres¹ <https://orcid.org/0000-0002-0024-6487>

Rafael de la Caridad Torres Peña¹ <https://orcid.org/0000-0001-6599-987X>

Giselle Brito Álvarez¹ <https://orcid.org/0000-0003-2059-5366>

Daimarelis Guerra del Valle¹ <https://orcid.org/0000-0002-8439-4996>

Rosa Mayelin Guerra Bretaña² <https://orcid.org/0000-0002-0561-6678>

¹Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba.

²Universidad de La Habana. Centro de Biomateriales. Cuba.

*Autora para la correspondencia: rosalba@cce.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El papel que corresponde a los directivos de las instituciones de salud en el enfrentamiento a la COVID-19 ofrece la oportunidad para explorar los vínculos entre la calidad y el conocimiento en los servicios hospitalarios.

Objetivo: Analizar cómo la gestión del conocimiento permite establecer los procedimientos de actuación en los servicios hospitalarios para mantener la calidad en situación de pandemia.

Métodos: Se realizó un estudio cualitativo, de investigación-acción, apoyado en el análisis de documentos y la observación participante de las acciones, tomadas en el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso en el curso de los dos meses transcurridos a partir de que se identificara el primer caso de COVID-19 en Cuba.

Resultado: Se establecieron dos procedimientos, uno general para situaciones

de epidemia y otro específico para la COVID-19, que norman las acciones para la prevención de la enfermedad, el cuidado de los pacientes, la protección de los trabajadores y acompañantes, lo que posibilita mantener la calidad de los servicios médico-quirúrgicos en estos escenarios de riesgo.

Conclusiones: La gestión del conocimiento y su conversión en información documentada permite incorporar el conocimiento externo y las lecciones aprendidas en el actuar de la institución, contribuyendo a la toma de decisiones estratégicas y operativas, gestionando los riesgos sobre la base de la evidencia científica, para garantizar la calidad de los servicios hospitalarios en tiempos de coronavirus.

Palabras clave: COVID-19; gestión de la calidad; gestión del conocimiento; servicios hospitalarios; riesgos.

ABSTRACT

Introduction: Health facilities directors' role in the confrontation with COVID-19 offers the opportunity to explore the links between quality and knowledge in hospital services.

Objective: To assess how knowledge management allows establishing the actions procedures in hospital services to maintain quality in a pandemic situation.

Methods: A qualitative, research-action study was carried out supported by the analysis of documents and participant observation of the actions taken at National Center of Minimum Access Surgery during the two months that passed since the first case of COVID-19 was identified in Cuba.

Result: Two procedures were conducted, one for epidemic situations and another specific for COVID-19, which regulate actions for the prevention of the disease, patients' care, workers' and companions' protection, which makes possible to maintain the quality of medical-surgical services in these risk scenarios.

Conclusions: Management of knowledge and its conversion into documented information allows the incorporation of external knowledge and lessons learned in the actions of the institution, contributing to the strategic and operative

decision making, managing the risks on the basis of scientific evidence, to guarantee the quality of the hospital services in times of coronavirus.

Keywords: COVID-19; quality management; knowledge management; hospital services; risks.

Recibido: 28/05/2020

Aceptado: 03/06/2020

Introducción

El mundo sufre una pandemia de proporciones mayores a cualquier otra en el presente siglo, con una alta infectividad y una letalidad cercana al 7 %. Si bien, a partir de las enseñanzas extraídas de la pandemia de gripe por el virus A (H1N1) del 2009 y otros acontecimientos conexos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha formulado guías sobre la gestión de riesgos ante una pandemia de gripe, la situación actual ha generado una situación mucho más alarmante, que requiere de medidas más severas.⁽¹⁾

La COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus SARS-CoV-2, cuyo primer brote tuvo lugar en la ciudad de Wuhan en la provincia de Hubei, China, en diciembre de 2019. Ya el 11 de marzo de 2020, la COVID-19 fue considerada como una pandemia por la OMS, por su extensión simultánea en 114 países. Coincidentemente, ese día se confirmó el primer caso de COVID-19, en Cuba, a partir de un turista italiano.

Cuba ha desarrollado un protocolo de actuación con alcance nacional, para la prevención y control de la COVID-19, el manejo de los casos, la protección de la población y, especialmente, de los trabajadores de la salud cuya exposición al riesgo es muy alta durante el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes.⁽²⁾ Además, se han emitido disposiciones sanitarias específicas para la etapa de prevención y control de la propagación de la COVID-19, ratificadas mediante la Resolución 128 de 2020 del Ministerio de Salud Pública.⁽³⁾ Sin embargo, cada institución de salud, aún aquellas no dedicadas al tratamiento de la COVID-19,

deben establecer sus procedimientos de actuación para minimizar los riesgos y mantener los servicios médicos habituales, aunque se encuentren en dimensiones reducidas por la contingencia pandémica, con la garantía de su calidad.

En la difícil situación generada por la pandemia, el país ha mantenido la atención de salud a los pacientes con enfermedades crónicas, como es el caso de los servicios de hemodiálisis, la atención al programa materno-infantil, el programa del cáncer y las urgencias, entre otros. Es por ello que, los servicios quirúrgicos de urgencia y las cirugías a pacientes oncológicos se han mantenido en centros de salud específicos, como es el caso del Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. Ante esta situación, se han identificado los retos que este servicio representa en el escenario actual.⁽⁴⁾

La calidad de la atención médica se refleja en un conjunto de dimensiones como el acceso, oportunidad, seguridad, eficacia, eficiencia, adecuación al paciente y aceptabilidad. Es por ello, que la calidad y los riesgos clínicos no se pueden tratar de manera independiente,⁽⁵⁾ siendo la gestión de los riesgos clínicos un componente clave de los sistemas de gestión de la calidad en las instituciones de salud.⁽⁶⁾

Los sistemas de gestión de la calidad implementados en las organizaciones de salud son un marco idóneo para establecer procedimientos internos de actuación para situaciones excepcionales, como es la pandemia de la COVID-19, y las herramientas de la gestión del conocimiento posibilitan manejar los flujos de información existentes y tomar las mejores decisiones en cada institución hospitalaria concreta.^(7,8,9,) La propia OMS reconoce que la gestión de la información y el conocimiento es uno de los componentes esenciales para la gestión de los riesgos sanitarios en situaciones de emergencia.⁽¹⁾

La identificación del conocimiento relevante, por sí sola, no es suficiente para gestionar los servicios de salud en tiempos de pandemia, sino que se requiere transformar el conocimiento, localizado en diferentes fuentes y manejado por los intermediarios del conocimiento, en procedimientos concretos de actuación. Solo de esta forma se logra la combinación y disseminación del conocimiento explícito, transformándolo en conocimiento tácito en un proceso de internalización,

mediante su incorporación en las prácticas habituales a través del aprendizaje individual y colectivo.⁽¹⁰⁾

A partir de los enfoques planteados, en el artículo se analiza cómo en el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso se ha realizado el proceso de localización, combinación, transferencia, asimilación y utilización del conocimiento, disponible para incorporar los procedimientos de actuación necesarios en el sistema de gestión de la calidad existente, con el objetivo de minimizar los riesgos a los pacientes, trabajadores y población en general, derivados de los servicios médico quirúrgicos que presta el Centro, garantizando su calidad. El objetivo de este artículo fue analizar cómo la gestión del conocimiento permite establecer los procedimientos de actuación en los servicios hospitalarios para mantener la calidad en situación de pandemia.

Métodos

Se realizó un estudio cualitativo, empleándose el método de investigación-acción, apoyado en el análisis del contenido de los documentos relevantes al tema, así como en la observación participante de las acciones tomadas en el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso en el curso de los dos meses transcurridos a partir de que se identificara el primer caso de COVID-19 en Cuba. Estas acciones se han debatido sistemáticamente en un equipo de trabajo integrado por el Director, los subdirectores, la Jefa de la Sección de Epidemiología, la responsable de la Calidad y otros compañeros, que de manera oportuna fueron invitados, según su área de experticia.

Para elaborar el procedimiento de actuación de los servicios quirúrgicos en la situación pandémica generada por el virus SARS-CoV-2, se creó un equipo de trabajo integrado por la subdirectora que atiende la Docencia y las Investigaciones en el Centro, la especialista en Higiene y Epidemiología y la responsable de la Calidad. El proyecto elaborado fue sometido a la discusión y aprobación en el Consejo de Dirección de la institución, incorporándose al igual las sugerencias realizadas en este colectivo así como la de otros profesionales expertos en cirugía mínimamente invasiva.

Resultados

Por la situación que enfrenta el mundo, y el país de manera específica, con la pandemia de la COVID-19, y a la luz de los documentos emitidos por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), se vio la necesidad de establecer dos nuevos documentos. El primero de ellos, P.HE.04, trató sobre la actuación para situación de pandemia, estableció las acciones generales a realizar en estas situaciones, que contribuyeron a la prevención y control de la enfermedad, el manejo de los pacientes, así como a la protección de los trabajadores, acompañantes y de la comunidad, controlándose la aplicación consecuente de principios y normas inherentes a la seguridad biológica y toda la base legal, normativa, regulatoria relacionada y aplicable en el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso.

El procedimiento P.HE.04 que instituyó:

- Los términos y definiciones fundamentales hacia el correcto entendimiento de las acciones a realizar para enfrentar cualquier brote de una enfermedad infecciosa.
- Las responsabilidades para el manejo de la epidemia en todos los niveles y funciones del Centro.
- El equipamiento necesario, en especial los equipos de protección personal (EPP).
- Las operaciones preliminares, relacionadas con el ingreso, las áreas destinadas al manejo de los pacientes según sus categorías de sospechoso o confirmado y su señalación.
- Los procedimientos a adoptar por el Centro, una vez declarada la fase epidémica en el país.
- Los requisitos de documentación, las referencias y documentos internos aplicables.
- Anexos que incluyeron los modelos de encuestas y otros elementos para ilustrar la actuación necesaria.

Un segundo procedimiento, P.HE.05 que estableció, la actuación en situación de pandemia de COVID-19, recogió de manera concreta y detallada la actuación para el tratamiento a los pacientes quirúrgicos y en las urgencias que el Centro atiende en la situación de la pandemia de la COVID-19. Mediante este procedimiento se documentaron las acciones a acometer para la identificación y la actuación frente al paciente sospechoso o confirmado de COVID-19.

Como características específicas de la actuación del Centro ante la COVID-19 se ampliaron los criterios clínicos de paciente sospechoso que, además de los establecidos en el Protocolo Nacional,⁽²⁾ plantearon los siguientes:

- Paciente con febrícula (37 °C), fiebre o síntomas respiratorios u otros síntomas relacionados con la enfermedad como: cefalea, anorexia, diarreas, náuseas/vómitos, dolor abdominal, lesiones en piel y resultados de exámenes complementarios sugestivos de COVID- 19.
- Paciente que, dentro de los 30 días posteriores a la intervención quirúrgica, manifiesta síntomas de la enfermedad, a pesar de que exista sospecha de complicación postquirúrgica.
- En el procedimiento también se establecieron tres escenarios de riesgo, según el tipo, tiempo de exposición y procedimiento realizado, lo que estuvo relacionado con la actividad que desarrolla el personal sanitario. De esta forma, se crearon tres escenarios:
 - *Escenario de alto riesgo*: escenarios profesionales en los que se produjeron contacto directo por más de 15 minutos a menos de 2 metros de distancia con un paciente confirmado de infección por el SARS-CoV-2 sintomático o portador asintomático. Incluyó al personal sanitario asistencial y no asistencial expuesto a procedimientos generadores de aerosoles o que atendió un caso confirmado o en investigación. Se provocaron en los procedimientos siguientes: cirugías abiertas, procedimientos mínimamente invasivos, endoscopias, colonoscopias, terapéutica endoscópica, intervencionismo, intubación endotraqueal, aspiración de secreciones,

ventilación manual previa a la intubación endotraqueal, pronación física del paciente, desconexión del paciente de la máquina de anestesia, extubación, broncoscopia, traqueostomía y reanimación cardiopulmonar.

- Entre estos procedimientos existieron algunos que generaron un riesgo mayor por ser grandes generadores de aerosoles, entre ellos estuvieron: TaTME (escisión total del mesorrecto vía transanal, TAMIS (Cirugía Transanal a través de Puerto Único) o TEM (Microcirugía Endoscópica Transanal), Cirugía del árbol laringotraqueobronquial.
- *Escenario de riesgo moderado*: circunstancias laborales donde la relación que se pudo tener con un caso sospechoso, probable o confirmado no incluye contacto directo. Se refirieron a procedimientos, tales como: colocación de tubo de Guedel, colocación de mascarilla facial de oxigenoterapia, compresión torácica, desfibrilación, cardioversión, colocación de marcapasos transcutáneo, inserción de vía venosa o arterial. Además, laboró en escenarios de riesgo moderado el personal sanitario cuya actividad no incluyó contacto directo con el caso confirmado, pero sí con muestras y materiales contaminados, tales como personal de protección y seguridad, trabajadores de limpieza, personal de laboratorio, enfermeras.
- *Escenario de bajo riesgo*: trabajadores que no realizaron atención directa al público o, si la ejecutaron, se produjo a más de dos metros de distancia, o dispusieron de medidas de protección colectiva que evitaron el contacto (mampara de cristal, separación de cabina de ambulancia, entre otras).

Además, se definieron las modalidades del régimen de ingreso para los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente:

- Pacientes que fueron intervenidos de urgencia.
- Ambulatorio. Pacientes que hubo que intervenirlos sin estancia nocturna.
- Corta estadía. Pacientes que permanecieron en el hospital ingresados hasta 24 horas.
- Ingreso de más de 24 horas.

La procedencia de los pacientes de urgencia fue una de las siguientes:

- a) Pacientes remitidos de otras unidades de salud del país con hemorragia digestiva, los cuales debieron cumplir con todo lo referido en el procedimiento P.G.07, que trata sobre el tratamiento endoscópico de la Hemorragia Digestiva.
- b) Paciente postoperado que se encontró hospitalizado o fue egresado del centro, con síntomas y signos de complicación posoperatoria.
- c) Paciente remitido para la realización de terapéutica endoscópica de urgencia (Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica), dilataciones y prótesis del tubo digestivo).
- d) Paciente remitido de otras unidades de salud del país o egresados del centro dentro de los 30 días posteriores al alta que requirieron la realización de tomografía axial computarizada o intervencionismo de urgencia.

El ingreso electivo se refirió a los pacientes con enfermedad oncológica.

En la situación epidemiológica actual, se determinó que los pacientes que acudieron de urgencia deben colocarse en una zona segura para realizar su interrogatorio y examen físico: área de recepción de sangrado para la hemorragia digestiva y área de telecomando para la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y pacientes posquirúrgicos que retornaron al hospital. Las dos áreas contaron con las condiciones higiénicas epidemiológicas necesarias.

En los procedimientos aplicados de forma general en la institución se establecieron los siguientes:

- En las salas de espera y consulta externa estuvieron disponibles: carteles informativos sobre higiene de manos, higiene respiratoria y manejo de la tos, frascos con hipoclorito al 0,1 %, contenedores de residuales comunes, biológicos y para cortopunzantes con tapa de apertura de pedal, y que contengan nylon en su interior.
- Toma y registro de temperatura a pacientes, acompañantes y trabajadores antes de su entrada al centro; si se observó febrícula o fiebre se remitió al área de salud, de igual forma se realizó en el área de consulta externa para

pacientes y acompañantes.

- No se permitió la entrada de trabajadores con síntomas característicos de la enfermedad.
- Se realizó vigilancia activa en pacientes y trabajadores y se notificó todo caso sospechoso de la enfermedad para proceder a su remisión o régimen de ingreso.
- Se realizó acciones de control de foco por identificación de pacientes y trabajadores como sospechosos de la enfermedad, en la vigilancia activa.
- Se intensificó la higiene y limpieza en áreas interiores y exteriores de los locales.

Para los pacientes que ingresaron de urgencia se estableció que tendrían un solo acompañante, ambos usaron mascarilla y se realizaron lavado de manos con agua y jabón y solución hidroalcohólica. Además de los exámenes necesarios según la enfermedad, se realizó una encuesta epidemiológica, Rx de tórax y test rápido para la COVID-19 y en el caso de la CPRE, también se le realiza PCR en tiempo real. Una vez determinado el tratamiento a realizar, se le comunicó a la familia del paciente de ser posible por vía telefónica, para evitar al máximo el contacto físico. El personal sanitario que atendió a los pacientes portó los equipos de protección personal recomendados en el Protocolo Nacional vs COVID-19 y según los escenarios de riesgo establecidos en el procedimiento elaborado. En el caso de los pacientes de urgencia si fue sospechoso de COVID 19, se les realizó todos los estudios antes expuestos y si fue negativo se ingresó en sala, en condiciones de aislamiento hasta tanto se descarte COVID 19. Se habilitaron dos cuartos de aislamiento uno para el paciente y otro cubículo como cuarto de enfermería. Respecto a los pacientes atendidos para cirugía electiva, además de evaluación inicial y exámenes complementarios, según el procedimiento de referencia de la enfermedad del paciente, se realizaron la prueba de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR en tiempo real) mínimo 72 horas antes de la cirugía, conjuntamente con la consulta de anestesia. El resultado del PCR lo recibió la especialista en Epidemiología y lo informó antes del ingreso programado. Si el resultado del PCR fue negativo, el paciente ingresó el día de la cirugía, y se

trasladó directamente al salón, según los procedimientos establecidos en el Centro.

El manejo transoperatorio se realizó extremándose los cuidados para minimizar los riesgos y evitar cualquier transmisión potencial de la COVID-19. Esto fue debido a una mayor percepción del riesgo de exposición asociada a los aerosoles, que se generan en los procedimientos habituales mínimamente invasivos, como el neumoperitoneo, la endoscopia o la electrocirugía.⁽⁴⁾ Siendo así, para el tratamiento quirúrgico se tuvo en cuenta las siguientes indicaciones:

- Se minimizó el tamaño de las incisiones para evitar salida de humo.
- Se empleó sistemas de presión negativa centrales e intentar evacuar el humo una sola vez.
- Se emplearon sistemas de insuflación con presión constantes y se recomendó exuflar completamente antes de realizar una incisión de asistencia si es necesaria.
- En el uso de la cirugía asistida con la mano se pidió exuflar completamente antes de retirar la mano y el dispositivo.
- Se extremaron las medidas de protección de la vía aérea y mucosas y se tuvieron especial precaución de no realizarse exposiciones directas durante los momentos en los que existió algún tipo de salida de gas (evacuaciones puntuales, exuflación final).
- Fueron extremadas las medidas de protección de todo el personal expuesto en los siguientes procedimientos: TaTME (escisión total del mesorrecto vía transanal, TAMIS) (Cirugía Transanal a través de Puerto Único) o TEM (Microcirugía Endoscópica Transanal), Cirugía del árbol laringotraqueobronquial.

En el manejo postoperatorio, el paciente se mantuvo hospitalizado después de la cirugía, si no aparecieron complicaciones fue dado de alta y seguimiento por consulta o teleconsulta.

Si durante la estadía hospitalaria el paciente manifestó síntomas que hizo sospechar una COVID-19, se activó el grupo multidisciplinario conformado por:

Director de la institución o Subdirector de Asistencia Médica, la Epidemióloga o la Enfermera Vigilante, el médico de asistencia y el especialista en medicina interna para establecer la conducta a seguir. Para ello, se trasladó al paciente al cuarto previsto para el aislamiento, se realizó la encuesta epidemiológica, se realizó el interrogatorio, examen físico del paciente, PCR en tiempo real, Rx de tórax y todos los exámenes complementarios que se requieran por su enfermedad, así como aquellos que permitieron diferenciar una sepsis intrahospitalaria de causa bacteriana de una infección por COVID-19: hemograma con diferencial, conteo de plaquetas y proteína C reactiva.

Si el paciente resultó positivo a COVID-19 se realizó su traslado a las instituciones especializadas en el tratamiento a estos pacientes, siguiendo el Protocolo Nacional vs COVID-19.⁽²⁾ En el procedimiento se establecieron también los requisitos para el procesamiento, envío y transportación de las muestras de casos sospechosos de COVID-19.

Discusión

El SGC se rige por la norma cubana NC-ISO 9001:2015⁽¹¹⁾ y por el manual de acreditación hospitalaria,⁽¹²⁾ a partir de estas normativas y el análisis de los desafíos de las instituciones de salud para enfrentar la pandemia de la COVID-19, se sistematizaron las siguientes acciones:

1. Mantener la actividad asistencial

Para vencer este desafío es necesario enfrentar dos problemas fundamentales:

- Pérdida de comunicación con pacientes y trabajadores.
- Pacientes y trabajadores que temen por su salud y la de sus familias.
- Para abordar el primer problema se proponen varias alternativas, tales como:
 - Minimizar el contacto físico con pacientes y trabajadores, utilizándose los medios electrónicos de comunicación (tele consulta, partes médicos por teléfono).

- Reubicar a los trabajadores posibles en otras áreas (preferiblemente sus hogares) para la realización de teletrabajo, cuando es posible, o trabajo a distancia.
- Utilizar canales alternativos (tele consulta) para la entrega de exámenes de laboratorio y resultados de medios diagnósticos.

2. Dar continuidad de la atención médica durante este periodo y posterior a él

Sus principales características son:

- Definir y evaluar los riesgos: se establecieron escenarios de riesgo para adecuar los recursos materiales y humanos a la actividad asistencial.
- Analizar los tiempos óptimos de recuperación: se ha mantenido la actividad con asistencia de personal mínimo a la institución.
- Definir los recursos necesarios para la recuperación: se observa un cuidado estricto del equipamiento e instrumental y medios de protección para poder garantizar la recuperación en el tiempo establecido.
- Basados en esta información, se buscan soluciones que le permitan a la institución desarrollar un plan de continuidad a todas sus actividades de la mejor manera posible y con el menor impacto.

3. Brindar seguridad mediante la información y las comunicaciones

- Mantener la comunicación en las redes sociales de los éxitos y trabajo sostenido de la institución, así como de las noticias actualizadas en relación con la pandemia su situación en el país y a nivel internacional.
- Mantener la actividad científica del Centro buscando alternativas para dar continuidad al posgrado a distancia, así como la producción científica en relación con las líneas de investigación de la institución.

4. Garantizar la calidad de los productos y servicios

- Establecer los procedimientos para situación de epidemia, que incluyan

todas las acciones necesarias para garantizar la calidad de los servicios médicos en el Centro.

- Capacitar al personal por áreas de trabajo para garantizar la seguridad de pacientes y trabajadores con el adecuado uso de los EPP.
- Controlar los niveles de acceso a la institución y se mantienen las medidas de bioseguridad.
- Las acciones realizadas por la Dirección y los trabajadores del Centro han posibilitado vencer los desafíos de la situación enfrentada y aprender de ella. La capacidad para gestionar el conocimiento, a partir de la experticia del personal del Centro, es lo que ha permitido mantener la calidad en los servicios médico quirúrgicos que se realizan, aun en los tiempos de la pandemia de la COVID-19. Esto se ha conseguido a partir de convertir el conocimiento externo y las lecciones identificadas en el actuar diario en conocimiento incorporado y lecciones aprendidas.

Solo aquellas lecciones identificadas, que se incorporan realmente a los procesos del servicio de salud, son las que pueden considerarse lecciones aprendidas. Esto pasa por la conversión del conocimiento en explícito a través de su documentación. El valor de la información documentada radica en que, a través de ella, se preserva y controla el conocimiento de la organización, a la vez que sirve de soporte para la capacitación del personal.

La incorporación del conocimiento generado y documentado posibilita el mantenimiento de la calidad de los servicios médico quirúrgicos, aun en escenarios de riesgo, como es el caso de la pandemia de la COVID-19, contribuye la solución de problemas y la toma de decisiones estratégicas y operativas, gestionando los riesgos sobre la base de la evidencia científica.

Es necesario aprovechar la experiencia analizada para consolidar las mejores prácticas y los valores de los profesionales de la salud, multiplicar su función social y mantener la calidad en el período pos-COVID-19, para darle continuidad a los servicios médicos e inclusive al turismo de salud.

Los dos procedimientos elaborados establecen las acciones para la prevención de las enfermedades en situaciones de pandemia y específicamente, para el

enfrentamiento a la COVID-19, incluyendo el manejo de los pacientes, la protección de los trabajadores y acompañantes, así como los procedimientos quirúrgicos y de urgencias específicos.

La gestión del conocimiento y su conversión en información documentada permite incorporar el conocimiento externo y las lecciones aprendidas en el actuar de la institución, contribuyendo a la toma de decisiones estratégicas y operativas, gestionando los riesgos sobre la base de la evidencia científica, todo ello para garantizar la calidad de los servicios hospitalarios en tiempos de coronavirus.

Agradecimientos

A todos los miembros del Consejo Científico del Centro por la revisión crítica del artículo y sugerencias realizadas.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. La gestión de riesgos ante una pandemia de gripe: Guía de la OMS para fundamentar y armonizar las medidas nacionales e internacionales de preparación y respuesta ante una pandemia. Geneva: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2017.
2. Ministerio de Salud Pública. Protocolo vs. COVID-19. La Habana: MINSAP. 2020. [acceso 30/04/2020]. Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/facultadfinlayalbarran/files/2020/04/Protocolo-Cuba-vs-COVID-4-4-2020.pdf>.
3. Ministerio de Salud Pública. Resolución 128. Disposiciones sanitarias para la etapa de prevención y control de la propagación de la COVID-19. La Habana: MINSAP; 2020.
4. Torres Peña R. Consideraciones sobre el manejo de pacientes quirúrgicos durante la epidemia de Covid-19 en Cuba. INFODIR [Internet]. 2020 [citado 8 Sep 2020];0(33):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/832>

5. Roque González R, Guerra Bretaña RM, Torres Peña R. Gestión integrada de seguridad del paciente y calidad en servicios de salud. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2018;17(2):315-24.
6. UNE. Norma UNE-EN 15224: 2017 Sistemas de gestión de la calidad. Aplicación de la Norma EN ISO 9001:2015 en los servicios sanitarios. Madrid: Asociación Española de Normalización; 2017.
7. Karamitri I, Talias MA, Bellali T. Knowledge management practices in healthcare settings: A systematic review. The International Journal of Health Planning and Management. 2015;30(3):1-15.
8. Mura M. Behavioural operations in healthcare: knowledge sharing perspective. International Journal of Operations and Production Management. 2016;36(10):1222-46.
9. Simon L. The relationship between knowledge management tools and interprofessional healthcare team decision making. Walden University; 2016.
10. Franch León K, Guerra Bretaña RM. Las normas ISO 9000: una mirada desde la gestión del conocimiento, la información, innovación y el aprendizaje organizacional. Cofín Habana. 2016;11(2):29-54.
11. Oficina Nacional de Normalización. Norma NC-ISO 9001:2015. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos. La Habana: NC; 2015.
12. Ministerio de Salud Pública. Manual de Acreditación Hospitalaria. La Habana: MINSAP; 2016.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Rosalba Roque González: Idea original, elaboración del artículo, procesamiento de la información, revisión y aprobación de la versión final.

Julián Francisco Ruiz Torres: Contribución importante al procedimiento de actuación y acciones realizadas, revisión crítica de la versión final y aprobación.

Rafael Torres Peña: Contribución importante al procedimiento de actuación y acciones realizadas, revisión crítica de la versión final y aprobación.

Daimarelis Guerra del Valle, Giselle Brito Álvarez, Rosa Mayelín Guerra Bretaña: procesamiento de la información, revisión y aprobación de la versión final.