

Datos de identificación

Nombre y datos informativos del responsable de la investigación: Jose Nestor Suarez Suarez. Profesional de apoyo. Oficina Gestion del Conocimiento. Subred integrada de Servicios de Salud Sur. E.S.E Bogota. Colombia. Nombre de la institucion donde se desarrollara el proyecto: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur.E.S.E Bogota. Colombia.

Nombre del proyecto: Construcción e Implementación de un Modelo de Gestión de Conocimiento: Caso Red Pública de Servicios de Salud. Bogotá D.C.

- I. **TITULO DE LA INVESTIGACION:** Construcción e implementación de un Modelo de Gestión de Conocimiento: Caso Red Pública de Servicios de Salud. Bogotá. D.C.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prestación de atención en salud se está alejando de una relación médico-paciente a una relación cliente-empresa y, al mismo tiempo, la tradicional relación médico-paciente se está moviendo hacia una situación donde la atención sanitaria es entregada por un equipo de profesionales sanitarios en los que cada uno se especializa en un aspecto único de la asistencia sanitaria^{6,7}. Bajo este contexto el desempeño en las organizaciones de salud se torna multidimensional, y debe ser entendida por la interacción funcional de recursos financieros, humanos, aprendizaje organizacional, etc. El abordaje de la prestación se realiza en diferentes dominios de actividades y a través de las dimensiones de efectividad, accesibilidad y eficiencia^{8,9}, requiriendo considerar el hospital como una empresa "forma multiproducto donde cada producto está compuesto de diversos bienes y servicios. Su línea de producción es potencialmente tan extensa como el número de pacientes que trata"³.

En este entorno de prestación de servicios sanitarios, al abordar la gestión del conocimiento, hay confrontación con una serie de circunstancias que van desde el concepto de sistema sanitario o sistema de salud, como integrador del conjunto de organizaciones sanitarias individuales, pasando por la relativa "juventud" de la aplicación de técnicas de gestión en las organizaciones sanitarias hasta el hecho de que la provisión de servicios sanitarios se realice mayoritariamente bajo esquemas de gestión pública⁴.

Al plantear la gestión del conocimiento como paradigma en la asistencia sanitaria, se observa su corta evolución y se encuentra mínima evidencia para "guiar a los interesados académicos y organizacionales". Existen algunas diferencias importantes en concepto de Shortell²⁷ entre las organizaciones de prestación de servicios de salud y otras organizaciones industriales, tales como la tipología del trabajo que es "variable y complejo", la naturaleza de carácter urgente o no postergable y la baja tolerancia para la "ambigüedad o el error". Adicionalmente se ha documentado en la prestación de servicios de salud, una situación particular en "lealtad" primaria de los profesionales, siendo más hacia su profesión que hacia la organización²⁶.

El desarrollo de GC ha sido descrito por Serenko Alexander (2013)³⁰ bajo el enfoque de cuatro generaciones y concluyendo que la disciplina de GC ha hecho progresos notables, lo que ha sido documentado en una serie de estudios cuantitativos que exploraron su historia, presente y posibles direcciones futuras.

Teniendo en cuenta que cada generación de GC subsiguiente no ignora ni desplaza la anterior; en cambio, el desarrollo de GC es acumulativo, y cada nueva generación a menudo se basa en las ideas presentadas previamente, de acuerdo a lo planteado por Serenko A. (2013)³⁰, la denominada cuarta generación es la del futuro de GC y tendrá que afrontar una creciente complejidad del dominio del conocimiento desarrollando nuevos paradigmas y herramientas de GC. Por ejemplo, puede desplazar la atención del "hombre económico" ortodoxo al "hombre del capital intelectual", implementar el conocimiento de la navegación del conocimiento (el arte y la ciencia del cuestionamiento) y avanzar hacia la Era de la Mente y la Conciencia de Capital Intelectual³⁰.

En las empresas de servicios que incluyen los de salud, a diferencia de las empresas de manufacturación, los modelos de gestión del conocimiento en concepto de Díez J. (2011) requieren procesos en un entorno en el que la generación de ventajas competitivas proviene de sus activos intangibles, relacionados con el conocimiento y habilidades adquiridas por el recurso humano. La apropiación de esta estrategia es asimétrica al depender de la comprensión y progresiva conceptualización de lo entendido por conocimiento.

En Colombia de manera reciente se ha implementado el concepto de Servicios de Salud Integral en la modalidad de Redes Integrales de Servicios de Salud que ha sido definido por Shortell et al, desde 1993 como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que esta dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de Salud de la población a la que sirve”³².

El proyecto se plantea para desarrollarlo en una subred de Servicios de Salud en la ciudad Capital de Colombia, que integra la población de cinco localidades para una cobertura de 1.327.155 habitantes, con unidades de prestación de servicios de salud en número de 39 para primer nivel, ocho de segundo nivel y una de Tercer nivel. La disponibilidad de camas en el área asistencial es de 709 y promedio semestral de 29.695 egresos, con un estimado de medio millón de consultas externas y 19.432 procedimientos quirúrgicos.

Aun cuando en la actualidad en los hospitales de Colombia, la gestión del conocimiento no tiene una orientación clara, evidenciando poca familiarización con su concepto y siendo un poco más conocedores el entorno académico, se observa que a medida que se aumenta el nivel de formación académica se fortalece su concepto, el cual se plantea en términos de “creación, organización, almacenaje, recuperación, transferencia y aplicación sistemática del conocimiento”¹⁸. Adicionalmente “se percibe que falta gestionar el concepto institucionalmente y lograr la interiorización del mismo”¹⁹, e incluso se demuestra debilidad en la capacidad de gestionar el conocimiento en las instituciones de salud²⁰, “ya que falta agresividad de la gerencia para promover el desarrollo de nuevas ideas y para lograr que éstas se conviertan en innovaciones de servicio o de proceso”¹⁹. No existe práctica de la gestión del conocimiento en un gran número de empleados, especialmente en las instituciones de mayor complejidad y capacidad¹⁹. Existe referenciación de factores que integran la GC como el manejo de los sistemas de información, capacitaciones y administración de recursos e incluso se manifiesta que es un medio para garantizar ventaja competitiva¹⁹, pero no es evidenciable el despliegue de líneas de trabajo altamente competentes en GC y aprendizaje organizacional por parte de la dirección de las empresas principalmente del sector salud público¹⁹.

Al ser la GC una herramienta para el logro de desarrollo estratégico^{19-DIEZ Y NUEVE} se torna en verdadero desafío, no solo organizativo sino cultural, que esta tipología de instituciones en el sector público en países de ingresos medios, evolucionen hacia organizaciones inteligentes²¹ y para lograrlo, nuestras organizaciones deben orientarse hacia el cambio y desarrollar conjuntamente disciplinas como la construcción de una visión compartida, modelos mentales que acentúan la apertura al cambio, aprendizaje en equipo, dominio personal para aprender cómo nuestros actos afectan el mundo, y pensamiento sistémico que integre las demás disciplinas fusionándolas en un cuerpo coherente de teoría y práctica²².

III. PREGUNTA DE INVESTIGACION

Cuál es el Modelo de Gestión del conocimiento que se puede construir / adoptar, implementar y validar teniendo en cuenta los factores organizacionales y de desempeño en una Sub Red de servicios de salud en Bogotá?

IV. JUSTIFICACION Y USO DE LOS RESULTADOS

En las instituciones sanitarias debemos estar preparados para asumir los cambios de las nuevas tecnologías y los nuevos conocimientos así como el cambio progresivo de un paciente como el actual pasivo, a un paciente futuro activo, donde éste último mantendrá su influencia para poder opinar y decidir sobre aspectos relacionados con su salud y calidad de vida. Un paciente educado en la autogestión de su enfermedad consigue mejores resultados en comparación con otro que se muestra pasivo ante su enfermedad. Si se implica al paciente en el cuidado de su salud se le hace partícipe de la sostenibilidad asistencial y económica del sistema sanitario de salud.

El actual modelo de los servicios sanitarios está en transición y pretende superar la fragmentación, desequilibrio e incapacidad para avanzar hacia sistemas más innovadores. Teóricamente estamos avanzando hacia un modelo que da prioridad a los pacientes y a las necesidades de la población.

De manera global en el uso de modelos en el estudio de la Gestión del conocimiento se han planteado en su desarrollo múltiples categorías³³, como modelos conceptuales, teóricos y filosóficos, modelos cognoscitivos y de capital intelectual, modelos de redes sociales y de trabajo, modelos científicos y tecnológicos, y modelos holísticos. Se destacan por su amplio uso los de tipo conceptual como el Modelo de la Organización Creadora del Conocimiento de Nonaka y Takeuchi (1999), Modelo de Boisot (1995), Modelo de Dimensiones de una Epistemología Corporativa de Von Krogh y Roos (1994), y el Modelo de GC de Wiig (1993). Solo hasta años recientes se ha planteado bajo el contexto de salud Global el denominado Modelo Lógico de Gestión del Conocimiento para la Salud Global (The Knowledge Management for Global Health Logic Model) que evidencia cómo los insumos, procesos y resultados del programa de GC trabajan juntos para lograr los resultados de salud previstos³⁴.

Considero que la circunstancia que fundamenta principalmente este proyecto es el de generar la implementación / adopción y validación de un modelo de GC en el entorno de Salud, precisando las entradas que requieran la armonización con los procesos que conforman el ciclo del conocimiento: evaluación del conocimiento, generación, captura, síntesis e intercambio) que, en una desconocida variedad de combinaciones, crea Gestión del Conocimiento³⁵.

Teniendo en cuenta que la información es explícita y factual, mientras que el conocimiento resulta de la integración de la información con la creencia y el contexto, se espera que mediante la implementación del Modelo, el conocimiento inmerso en las personas pueda progresivamente ser extraído y contribuir al cierre de la brecha entre el conocimiento y su aplicación en la política y la práctica clínica³⁶.

Se espera contribuir a mejorar los resultados de la salud, puesto que evaluaciones recientes de la salud global relacionadas con GC sugieren que la GC puede ayudar a impactar la práctica clínica y teniendo en cuenta que el enfoque actual de GC ha direccionado las prácticas de GC en la captura de conocimientos, siendo predominante el centrado en las personas, se requieren que consideremos los factores humanos y sociales en el “laberinto” de Gestión del conocimiento y poder potenciar el impacto de los programas de salud y desarrollo.

Los resultados que se esperan son en primera instancia un producto académico para la formación doctoral y en segunda instancia una estrategia de aplicación en Gestión del conocimiento en una institución compleja de servicios de salud pública. Al ser los beneficiarios de los resultados el personal de la institución se espera que su aplicación sea a corto plazo mediante estrategias específicas en el mejoramiento institucional. De manera concomitante se espera realizar una publicación nacional e internacional que permita generar conocimiento en esta área de reciente desarrollo.

V. VIABILIDAD

Es factible la ejecución del proyecto teniendo en cuenta que esta como objetivo del plan de trabajo de la Oficina de Gestión del conocimiento de la institución donde se desarrollara, y adicionalmente se enmarca dentro de las funciones del profesional que plantean entre otras, el desarrollo de modelos en los procesos inherentes a la gestión del conocimiento. Adicionalmente forma parte del plan de trabajo 2018 del Grupo de investigación Gestión Sanitaria, cuyo director es el autor de la investigación.

En la ciudad de Bogotá bajo el Modelo de Salud vigente, se plantearon en las redes de atención, oficinas específicas de Gestión del conocimiento y es un objetivo en el Modelo la armonización de Gestión de conocimiento en las áreas de convenio docencia servicio, investigación científica y mejoramiento institucional.

VI. OBJETIVOS DE INVESTIGACION.

Objetivo General

Construir, implementar y validar un Modelo de Gestión del conocimiento en una Empresa del Sector público de Servicios de Salud.

Objetivos específicos.

Construir, validar y aplicar un instrumento de registro para evaluar las prácticas de Gestión de conocimiento implementadas en la Subred de Servicios de Salud.

Describir las prácticas de Gestión de conocimiento en una Red pública de Servicios de Salud y estimar los factores organizacionales e interacciones que se asocian a su desempeño.

Estimar la asociación de variables dependientes e independientes en procesos de GC en la actividad asistencial de una Red de Servicios de Salud.

Implementar un modelo de gestión del conocimiento en Salud que sea armonizable con mejoramiento de resultados y prácticas en salud.

VII. METODOLOGIA

Paradigma/enfoque en que se desarrollará

Se plantea de manera preliminar el desarrollo de la investigación bajo paradigma constructivista, bajo el supuesto que la realidad está en la mente de cada quien, y el “que aprende construye el conocimiento a partir de sus experiencias, estructuras mentales y creencias. Ese modo personal de crear una realidad es lo que según el constructivismo determina que no haya un mundo más real que otro. La mente es el filtro que permite la interpretación de eventos, objetos o perspectivas de la realidad por lo que el conocimiento resultante es, totalmente idiosincrático y personal”^{51,52,53}.

Pregunta ontológica: Las realidades en un modelo de Gestión del conocimiento existen en la forma de construcciones mentales múltiples, basadas socialmente y en la experiencia, específicas y locales, dependientes en su forma y contenido de las personas que las sostienen.

Pregunta epistemológica: al abordar la gestión del conocimiento se asumirá una posición subjetivista donde el investigador y el investigado sean fusionados dentro de una sola entidad y los hallazgos sean creaciones del proceso de interacción entre los dos.

Las epistemologías positivistas y los enfoques de investigación cuantitativa predominan en la investigación en gestión del conocimiento (KM). Las encuestas, los estudios de casos y el análisis de contenido fueron los enfoques de investigación más favorecidos. Otros enfoques de investigación importantes, tales como experimentos de campo, etnografía, teoría fundamentada (grounded theory) y fenomenología fueron conspicuos (sobresalientes) por su ausencia.

Los cuestionarios y las entrevistas se utilizaron comúnmente para la recolección de datos, pero el uso de más de un método de investigación no fue frecuente. Se plantea que el uso de más de un paradigma de investigación y método de investigación puede extender nuestra comprensión de la investigación en KM. Los hallazgos han evidenciado buenas prácticas y brechas (gaps) en el uso de métodos de investigación. Los resultados de este artículo se pueden utilizar para reanalizar las metodologías de investigación que se utilizan en el campo de GC (Ngulube, P. 2015)

Han sido escasos los estudios que abordan el análisis de la gestión de conocimiento desde una perspectiva de racionalismo crítico⁵⁴. Se destaca una reciente publicación⁵⁵, en la que se hace énfasis en la base epistemológica del desarrollo de la inteligencia colectiva, elemento estructurante en los modelos de gestión de conocimiento. De manera integrativa este pensador sustenta que “la suma de un racionalismo crítico inspirado en Popper y la teoría de perspectiva pragmática propuesta por Pierce⁵⁶, que lo ha denominado Actitud racional, crítica y pragmática(RCP), contribuyen a su entendimiento bajo dos supuestos epistemológicos: aceptación de la “posibilidad de conocer el mundo y el reconocimiento que el conocimiento siempre es conjetural, dados los límites cognitivos humanos y la riqueza insondable del universo”⁵⁵.

De manera inicial planteo que en el modelo de gestión del conocimiento de mayor alcance en la actualidad, el denominado espiral del conocimiento⁵⁷ se parte del concepto de creación de un nuevo conocimiento como intervención tanto del conocimiento explícito como el tácito. El conocimiento explícito es el saber que puede transmitirse o compartirse entre las personas o en el interior de la organización. Se compone fundamentalmente de conocimientos técnicos, de capacidades y habilidades y es de fácil transmisión con las actuales técnicas de la información y de la comunicación⁵⁷.

El conocimiento tácito es el saber que presenta cierta dificultad y complejidad para ser transmitido o comunicado a nivel interpersonal porque son conocimientos abstractos, complejos o sofisticados y esta conformado por las capacidades y habilidades de las personas⁵⁷.

En Karl Popper esa dimensión tacita del conocimiento esta dada por el sentido común corroborándose su complejidad por su resistencia al cambio, y “tal vez el aspecto más arraigado del conocimiento del sentido común es esa parte del conocimiento tácito que heredamos en nuestros genes y que es en la práctica imposible de formular de manera proposicional. Pero heredado de forma genética o aprendido de nuestra tradición, el conocimiento tácito es, principalmente, un conocimiento práctico orientado a la acción”⁵⁸.

Desde una concepción pragmática del sentido común, como la de la filosofía crítica propuesta por Popper, “las creencias del sentido común pueden considerarse creencias que se han atrincherado. No son indudables o permanentes, sino guías para la acción consagradas por el hábito”. Son parte constitutiva, establecida y la más resistente al cambio, “pero no por eso son inmutables”⁵⁸.

En el desarrollo de las actividades de Gestión del conocimiento, es la conversión de conocimiento tácito a conocimiento explícito (exteriorización), el concepto menos desarrollado hasta ahora en las teorías de organización. Este proceso se realiza mediante el diálogo en dos fases. “Una primera en la que se reconoce la existencia de contradicciones, gracias al uso de las metáforas, y una segunda en la que se resuelven estas contradicciones a través de la analogía”⁵⁷.

Trata de explicitar lo tácito mediante la formulación y creación de conceptos y se suele producir a nivel de toda la organización, es decir desarrollo de la inteligencia colectiva. En la actualidad se sustenta que el elemento relevante para el establecimiento de la actitud RCP que permita desarrollar inteligencia colectiva, “es el carácter público que debe poseer el conocimiento y especialmente el conocimiento científico”⁵⁵.

Este carácter público debe soportar la objetividad, la honestidad intelectual y la responsabilidad social del científico. “La objetividad e imparcialidad nos exige que siempre estemos buscando nuevas pruebas para justificar las hipótesis de las ciencias o creando novedosos test cruciales para refutarlas”⁵⁸.

Aun cuando la generación actual de gestión de conocimiento se centra en el aprendizaje social y las perspectivas estratégicas, la innovación ético-social, el impacto de las prácticas de GC, el desarrollo nacional y la creación de valor, no se puede pasar inadvertido el aporte previo de Karl Popper al núcleo conceptual de la Gestión del Conocimiento, por su idea de los ‘3 Mundos’, que representan: el mundo real a nivel de la existencia, el de nuestro pensamiento y aquel que va “conformándose a medida que la humanidad convierte conocimientos en documentación explícita”⁵⁴.

Ha sido esta perspectiva del racionalismo crítico la que sustenta que el conocimiento explícito, dado por los datos y la información “son teorías provisionales que compiten entre sí”⁵⁴ y son sujetas a testación en el ámbito del conocimiento, favoreciendo su progreso, incentivando la búsqueda de un determinado procedimiento, o método de control crítico.

La racionalidad técnica bajo el contexto de conocimiento técnico de Habermas, dista del conocimiento impartido en las escuelas teniendo en cuenta que predomina la teoría sobre la observación como “instrumentos de predicción y control”. El alumno es penalizado en el entorno pedagógico cuando pone en duda con la mera observación ciertos contenidos, y se destaca el alumno teorizador. En el pensamiento profundo de este autor se destaca la “renovación de una vieja creencia ilustrada en el poder de la educación sobre una organización más racional de la sociedad”, aspecto cada día lejano de la escuela sobre todo de predominio público, donde

no hay coherencia entre ciencia, razón y democracia con la estructura curricular ajena a la radicalización de la modernidad.

Feyerabend caracteriza el estilo cognitivo como una racionalidad específica, históricamente identificable y definible por sus supuestos, su noción de verdad y realidad, su concepto del conocimiento posible, sus criterios de validación y sus mecanismos de adquisición y procesamiento de la información. En general -cada estilo cognitivo- tiene la pretensión de que la suya es la forma correcta de representar la realidad y esto se transparenta en la diversidad de significados que se puede encontrar para el uso de términos claves como "verdad" o "realidad", cuya acepción específica es parte de sus fundamentos subyacentes; de manera que la idea de la verdad prevalente orienta al investigador respecto de lo que hay que buscar por tal, e incluye los requisitos de su comprobación.

En efecto, de modo similar a lo señalado por Gleason y Bateson, Thomas Kuhn precisa que un paradigma, concebido como "gestalt" cognitiva de un grupo, impregna todos los ámbitos de su forma de vida generando un "conocimiento tácito", que son aquellas posesiones de una comunidad "...probadas y compartidas que han logrado éxito y el practicante bishoño las adquiere mediante su preparación, como parte de su aprendizaje para llegar a pertenecer a un grupo"⁵⁹.

Finalmente en el paradigma de la complejidad propuesto por Morin, se fundamenta en cuatro principios u operadores del conocimiento: El principio de recursividad organizacional, El principio dialógico, El principio hologramático y la organización sistémica

Estos cuatro procesos constituyen otros tantos operadores del conocimiento, que contribuyen a despejar las incógnitas del pensamiento complejo y ayudan a desenredar la madeja de interacciones concurrentes en un evento.

Alcance / Tipo de Investigación.

En el componente cuantitativo se pretende dar un alcance explicativo al establecer las asociaciones entre las prácticas de gestión del conocimiento implementadas y los factores organizacionales y de desempeño de los procesos en su gestión. causas de los eventos, sucesos o fenómenos que se estudian. Se esperaría involucrar otros propósitos como el descriptivo.

Tipo de diseño: El diseño metodológico de la encuesta de gestión del conocimiento es de tipo descriptivo realizando la caracterización de las prácticas de GC implementadas en una ESE de acuerdo con las etapas o componentes del modelo de Nonaka y Takeuchi (1999).

Instrumentos y método de análisis

El instrumento de recolección de información tiene como objetivo evaluar las prácticas de gestión de conocimiento (GC) implementadas en la ESE y establecer los factores organizacionales y desempeño de los procesos en su gestión.

En las preguntas con escala ordinal de likert se hace en 5 niveles correspondientes a la etapa de evaluación de variables independientes y dependientes. Las preguntas del formulario se derivan de las propuestas originales de González (2009), para caracterización de actividades de GC en grupos de investigación, y de Syed-Ikhsan y Rowland (2004) para evaluación de variables dependientes e independientes asociadas a procesos de GC y el concepto de adaptación del instrumento empleado en la caracterización de GC en el Instituto de Biotecnología de la UN⁵⁰. Se recibió autorización del investigador principal para la adaptación del instrumento al contexto hospitalario, siendo su objetivo exclusivamente de investigación.

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se planea con el universo de las unidades de Servicios de Salud y muestreo por conveniencia, estimando el total de profesionales independiente de la modalidad en las unidades elegibles en un total de 50. Se considera que para adelantar el estudio de determinación del estado de gestión de

conocimiento en las Unidades de Servicios, al menos un 20% de estas áreas tienen los criterios para la gestión del conocimiento con una confianza del 95%.

Validez y confiabilidad del instrumento.

La validez del instrumento se hizo mediante una prueba piloto con miembros de algunas unidades funcionales, determinando la validez de contenido así como detalles de vocabulario, funcionalidad, y aspectos operativos.

VIII. HIPOTESIS.

Hipótesis de relación funcional organizadas por áreas temáticas:

Cultura organizacional.

H1. La cultura de intercambio de información de los miembros de las unidades de Servicios de Salud de la ESE tiene una relación positiva con el desempeño de los procesos de transferencia y creación de activos del conocimiento.

H2. Existe una relación negativa entre la resistencia individual a compartir conocimientos y la transferencia y disponibilidad de activos de conocimiento.

Estructura organizacional

H3. El estado de confidencialidad de los documentos tiene una relación negativa con el desempeño de los procesos de transferencia y creación de activos del conocimiento.

H4. Existe una relación positiva entre el flujo de comunicación y el desempeño de los procesos de transferencia y creación de activos del conocimiento.

Tecnología

H5. Un amplio uso de la infraestructura de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) entre los miembros de la organización tiene una relación positiva con el desempeño de los procesos de transferencia y creación de activos del conocimiento.

H6. Un amplio uso de herramientas de TIC entre los miembros de la organización tiene una relación positiva con el desempeño de los procesos de transferencia y creación de activos del conocimiento.

H7. Un adecuado conocimiento de las TIC tiene una relación positiva con el desempeño de los procesos de transferencia y creación de activos del conocimiento.

Prácticas de recursos humanos

H8. Una adecuada formación interna/externa en nuevos conocimientos tiene una relación positiva con el desempeño de los procesos de transferencia y creación de activos del conocimiento.

H9. Un procedimiento adecuado para conservar los conocimientos y la experiencia de los miembros que dejan la organización tiene una relación positiva con el desempeño de los procesos de transferencia y creación de activos del conocimiento.

IX. VARIABLES.

Variables dependientes e independientes asociadas a procesos de GC.

Variables dependientes: hace relación a atributos o grupos de atributos con base en los cuales se mide el desempeño de los procesos propios de GC, los cuales son afectados directamente por la acción de los factores organizacionales (variables independientes) (Abbas M. y Mitra K., 2007; Chong Ch. W., Chong S. Ch., y, Wong K. Y., 2009; Syed-Ikhsan, S.O.S., Rowland, F., 2004; Wasan T. y Chotchai Ch., 2006).

1. Desempeño en la creación de activos de conocimientos: Para analizar el desempeño en la disponibilidad de activos del conocimiento en relación con el efecto derivado de la implementación de diversos factores organizacionales, Syed-Ikhsan y Rowland (2004, p. 95) plantean la consideración de dos parámetros de evaluación: (1) la disponibilidad de conocimiento tácito, y (2) la disponibilidad de conocimiento explícito (Syed I, et al. 2004).
2. Desempeño en la transferencia de conocimientos. Para analizar el desempeño en la transferencia de conocimientos en relación con el efecto derivado de la implementación de diversos factores organizacionales, Syed-Ikhsan y Rowland (2004, p. 95) plantean la consideración de tres parámetros de evaluación: (1) la velocidad de transferencia, (2) la precisión de la transferencia y (3) las dificultades en la transferencia. [18] Syed I, et al. 2004)

Variables por categoría de análisis:

- (1) Caracterización de prácticas de GC implementadas por las unidades funcionales del Hospital
 - a. Grado de importancia por tipo de conocimiento
 - b. Existencia de estrategias formales de GC
 - c. Nivel de implementación de prácticas de socialización
 - d. Nivel de implementación de prácticas de exteriorización
 - e. Nivel de implementación de prácticas de combinación
 - f. Nivel de implementación de prácticas de interiorización
- (2) Caracterización de unidades funcionales en relación con el desempeño de procesos de GC:
 - a. Transferencia de conocimiento
 - i. Velocidad de transferencia de conocimiento
 - ii. Confiabilidad de la transferencia
 - iii. Dificultades en la transferencia de conocimiento
 - b. Disponibilidad de activos de conocimiento
 - i. Conocimiento explícito
 - ii. Conocimiento tácito
- (3) Caracterización de unidades funcionales en relación con factores organizacionales asociados a la GC
 - a. Cultura organizacional
 - i. Cultura de intercambio de conocimiento
 - ii. Individualismo

- b. Estructura organizacional:
 - i. Estado de confidencialidad de los documentos
 - ii. Flujo de comunicación
- c. Tecnologías de información y la comunicación(TIC)
 - i. Infraestructura en TIC
 - ii. Herramientas en TIC
 - iii. Conocimientos en TIC
- d. Prácticas de Recursos humanos:
 - i. Programas de capacitación
 - ii. Movimientos de personal

Instrumentos y método de análisis

Objetivo.

El instrumento de recolección de información tiene como objetivo evaluar las prácticas de gestión de conocimiento (GC) implementadas en la ESE y establecer los factores organizacionales y desempeño de los procesos en su gestión.

1. Información general = 9 preguntas
2. Antecedentes en actividades de gestión del conocimiento en el Área funcional de desempeño actual= 5 preguntas,
3. Actividades de socialización: 10 preguntas.
4. Actividades de exteriorización: 11 preguntas.
5. Actividades de combinación: 11 preguntas.
6. Actividades de interiorización del conocimiento: 6 preguntas.
7. Factores organizacionales y desempeño de procesos de gestión del conocimiento en el Hospital:
 - a. Velocidad de transferencia de conocimientos: 4 preguntas
 - b. Confiabilidad de la transferencia: 2 preguntas
 - c. Dificultades en la transferencia de conocimientos: 2 preguntas.
 - d. Conocimiento explícito: 2 preguntas
 - e. Conocimiento tácito: 2 preguntas.
8. Cultura de intercambio del conocimiento: 4 preguntas.
 - a. Individualismo: 2 preguntas
 - b. Estado de confidencialidad de documentos: 2 preguntas
 - c. Flujo de comunicación: 3 preguntas
9. Infraestructura en tecnologías de la información y la comunicación: 3 preguntas
 - a. Conocimientos en tecnologías de la información y la comunicación: 3 preguntas
 - b. Programas de capacitación: 3 preguntas
 - c. Movimiento de personal: 1 pregunta.
10. Crítica de información: 12 preguntas.

En las preguntas con escala ordinal de likert se hace en 5 niveles correspondientes a la etapa de evaluación de variables independientes y dependientes. Las preguntas del formulario se derivan de las propuestas originales de González (2009), para caracterización de actividades de GC en grupos de investigación, y de Syed-Ikhsan y Rowland (2004) para evaluación de variables dependientes e independientes asociadas a procesos de GC y el concepto de adaptación del instrumento empleado en la caracterización de GC en el Instituto de Biotecnología de la UN (Guevara B. 2011). Se recibió autorización del investigador principal para la adaptación del instrumento al contexto hospitalario, siendo su objetivo exclusivamente de investigación.

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se hizo con el universo de las unidades funcionales y muestreo por conveniencia, estimando el total de profesionales independiente de la modalidad en las unidades elegibles en un total de 50, estimando que para adelantar el estudio de determinación del estado de gestión de conocimiento en las áreas funcionales del Hospital El Tunal, al menos un 20% de estas áreas tienen los criterios para la gestión del conocimiento con una confianza del 95%.

Si se considerara por situaciones de tiempo o recursos para adelantar las encuestas que el número de conglomerados es alto la opción sería reducir el nivel de confianza no siendo esto recomendable pues afecta las posibilidades de extrapolación del estudio en su seguridad lo que afectaría la confianza de las situaciones que se concreten en la línea de base para adoptar determinaciones institucionales encaminadas a resolver los problemas en los criterios determinantes de la gestión de conocimiento en el Hospital en su perspectiva de ser reconocido y acreditado como Hospital Universitario

Luego de aplicar las encuestas, así como al finalizar la tabulación de los datos en Excel, se llevaron a cabo controles de calidad, descartando encuestas con exceso de preguntas en la categoría no sabe/no responde (NS/NR), así como las que tuviesen más de tres ítems con respuestas dobles, o que mostraran un patrón de diligenciamiento.

Se plantean cuadros de estadística descriptiva a partir del cálculo de las frecuencias de cada respuesta y la prueba estadística de las hipótesis formuladas mediante técnica de análisis bivariado.

Validez y confiabilidad del instrumento.

La validez del instrumento se hizo mediante una prueba piloto con miembros de algunas unidades funcionales, determinando la validez de contenido así como detalles de vocabulario, funcionalidad, y aspectos operativos.

Los detalles del cuestionario se prepararon con base en el modelo de formulario propuesto por Syed-Ikhsan y Rowland (2004) para caracterización de actividades de GC y evaluación de variables dependientes e independientes asociadas a procesos de GC, la cual se deriva de estudios estructuralmente similares. De acuerdo con dichas experiencias, la confiabilidad del instrumento propuesto se confirma puesto que ha permitido detectar asociaciones estadísticamente significativas entre las variables independientes y dependientes consideradas en el estudio (Guevara B. 2011).

Plan de análisis

- (1) Fase uno: Caracterización de prácticas de GC implementadas por las unidades funcionales del hospital: estadísticos descriptivos a partir del cálculo de las frecuencias de cada respuesta.
- (2) Fase dos: Análisis de asociaciones entre variables de desempeño de GC y factores organizacionales: prueba estadística de las hipótesis formuladas mediante la técnica de análisis bivariado de Spearman.

Hipótesis de relación funcional organizadas por áreas temáticas:
Cultura organizacional.

H1. La cultura de intercambio de información de los miembros de las unidades funcionales del hospital tiene una relación positiva con el desempeño de los procesos de transferencia y creación de activos del conocimiento.

H2. Existe una relación negativa entre la resistencia individual a compartir conocimientos y la transferencia y disponibilidad de activos de conocimiento.

Estructura organizacional

H3. El estado de confidencialidad de los documentos tiene una relación negativa con el desempeño de los procesos de transferencia y creación de activos del conocimiento.

H4. Existe una relación positiva entre el flujo de comunicación y el desempeño de los procesos de transferencia y creación de activos del conocimiento.

Tecnología

H5. Un amplio uso de la infraestructura de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) entre los miembros de la organización tiene una relación positiva con el desempeño de los procesos de transferencia y creación de activos del conocimiento.

H6. Un amplio uso de herramientas de TIC entre los miembros de la organización tiene una relación positiva con el desempeño de los procesos de transferencia y creación de activos del conocimiento.

H7. Un adecuado conocimiento de las TIC tiene una relación positiva con el desempeño de los procesos de transferencia y creación de activos del conocimiento.

Prácticas de recursos humanos

H8. Una adecuada formación interna/externa en nuevos conocimientos tiene una relación positiva con el desempeño de los procesos de transferencia y creación de activos del conocimiento.

H9. Un procedimiento adecuado para conservar los conocimientos y la experiencia de los miembros que dejan la organización tiene una relación positiva con el desempeño de los procesos de transferencia y creación de activos del conocimiento.

Referencias bibliograficas

1. Díez Jiménez Damián Alfredo, Ana María Zúñiga Palta(2011). Implementación de un modelo de gestión del conocimiento para empresas de servicios. Tesis. Universidad ICESI. Facultad de Ciencias administrativas. Maestria en Administracion con énfasis en gestión estratégica. Cali. Colombia.
2. Ramirez Y., Lorduy C. y Rojas J. A. (2007), "Intellectual capital management in Spanish universities". En: Journal of Intellectual Capital. Vol. 8 (4). Pag: 732-748.
3. Rodríguez-Montes José Antonio. (2006). Diagnóstico y gestión del conocimiento en un servicio de cirugía. Cirugía Española. Vol 80. Num 2. 1 agosto.
4. Andersen Arthur. (1998)La gestión del conocimiento en el sector sanitario. Reflexiones y retos para avanzar. Bilbao: Ediciones PMP.
5. Shortell SM & Kaluzny AD. (2000) Organization Theory and Health Care Management. In: Shortell SM & Kaluzny AD (eds) *Health Care Management: Organization Design and Behavior*. 4th Edition ed. Albany, NY: Delmar.
6. Bose R. (2003) Knowledge management-enabled health care management systems: capabilities, infrastructure, and decision-support. *Expert Systems with Applications* 24: 59-71.
7. Burns LR & Wharton School Colleagues. (2002) *The Health Care Value Chain Producers, Purchasers, and Providers*, San Francisco, CA. Jossey-Bass.
8. Alhashem AM, Alquraini H & Chowdhury RI. (2011) Factors influencing patient satisfaction in primary healthcare clinics in Kuwait. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 24: 249-262.
9. Li LX & Benton WC. (1996) Performance measurement criteria in health care organizations: Review and future research directions. *European Journal of Operational Research* 93: 449-468.

10. Adams, G., and Lamont, B.T. (2003). Knowledge management systems and developing sustainable competitive advantage, *Journal of Knowledge Management* 7(2),142-154.
11. Awad, E.M., Ghaziri, M. (2004). *Knowledge Management*, Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall
12. Becera-Fernandez, I.; Gonzales, A.; and Sabherwal, R. (2004). *Knowledge Management: Challenges, Solutions, and Technologies*, Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
13. Gupta, A.K., and Govindarajan, V. (2000). Knowledge management's social dimension: Lessons from Nucor Steel, *Sloan Management Review* 42(1), 71-80.
14. Camilleri, D., and O'Callaghan, M. (1998). Comparing public and private hospital care service quality, *International Journal of Health Care Quality Assurance* 11(4), 127
15. Porter, M., and Teisberg, E.O. (2004). Redefining competition in health care, *Harvard Business Review* 82(6), 65-72).
16. Sharekie, R. (2003). Knowledge creation and its place in the development of sustainable competitive advantage, *Journal of Knowledge Management* 7(1), 20-31.
17. Ulrich, D., and Smallwood, N. (2004). Capitalizing on capabilities, *Harvard Business Review* 82(6), 119-128
18. Arias L, Portilla L, Villa C. (2007). Gestión del conocimiento: el triunfo de los intangibles. *Scientia et Technica*; 3: 351-5
19. Arboleda-Posada Gladys I. (2016). Conceptualización de la gestión del conocimiento en instituciones de salud de mediana y alta complejidad. *Rev. salud pública*. 18 (3): 379-390.
20. Muñoz J, Calderón G. (2008). Gerencia y competencias distintivas dinámicas en instituciones prestadoras de servicios de salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*; 7: 131-154
21. Senge, P. (2005) *La Quinta Disciplina: el arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje* (2da ed.). Buenos Aires, Granica.
22. Castro Chans Norma Beatriz. (2004) *Gestión del conocimiento en instituciones de salud Eje 2. Problemáticas y desafíos regionales en contextos de desigualdad y dominación*. Facultad de Ciencias Exactas y Naturales y Agrimensura – UNNE.
23. Jonassen, D. (1991). Objectivism vs. constructivism: Do we need a new philosophical paradigm? *Technology Research and Development. ETR&D*.
24. Jonassen, D.H. (1994). Thinking technology: toward a constructivist design model. *Educational Technology*. 34 (4): 34-37.
25. Jonnassen, D. H., Peck K. y Wilson, B. (1999). *Learning with technology: a constructivist perspective*. Columbus. OH.: Merrill.

26. Shortell SM & Kaluzny AD. (2000) Organization Theory and Health Care Management. In: Shortell SM & Kaluzny AD (eds) *Health Care Management: Organization Design and Behavior*. 4th Edition ed. Albany, NY: Delmar.
27. Shortell SM & Kaluzny AD. (2000) Organization Theory and Health Care Management. In: Shortell SM & Kaluzny AD (eds) *Health Care Management: Organization Design and Behavior*. 4th Edition ed. Albany, NY: Delmar.
28. Wiig KM. Knowledge management: where did it come from and where will it go? *Expert Syst Appl*. 1997;13(1):1–14. CrossRef.
29. Guptill J. Knowledge management in health care. *J Health Care Finance*. 2005;31(3):10–14. Medline.
30. Serenko Alexander, (2013) "Meta-analysis of scientometric research of knowledge management: discovering the identity of the discipline", *Journal of Knowledge Management*, Vol. 17 Issue: 5, pp.773-812, <https://doi.org/10.1108/JKM-05-2013-0166>.
31. Ramírez Y., Lorduy C. y Rojas J. A., 2007; Bueno, C., Morcillo O. P., Rodríguez P. J., Luque de la Torre M. A., Cervera O. M., Camacho M. C., Merino R. B., Murcia R. C. Rodríguez R. O., Villanueva R. J. y Villar M. L., 2003; Rodríguez C. A., Landeta R. J. y Rangelov Y. S., 2004; UNAL, 2009.
32. Shortell, SM; Anderson DA; Guillies, RR; Michell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. *Healthcare Forum Journal* 1993; 36(2): 20-6.
33. Barragán O., A. (2009). Aproximación a una taxonomía de modelos de gestión del conocimiento. *Intangible Capital*, 65-101.
34. Sullivan Tara M, Rupali J Limaye, Vanessa Mitchell, Margaret D'Adamo, Zachary Baquet. Leveraging the Power of Knowledge Management to Transform Global Health and Development. *Global Health: Science and Practice* 2015, Volume 3, Number 2.
35. Ohkubo S, Sullivan TM, Harlan SV, Timmons BK, Strachan M. Guide to monitoring and evaluating knowledge management in global health programs. Baltimore (MD): Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs; 2014. Available from: <https://www.k4health.org/resources/guide-monitoring-and-evaluating-knowledgemanagement-global-health-programs>
36. Pablos-Mendez A, Chunharas S, Lansang MA, Shademani R, Tugwell P. Knowledge translation in global health. *Bull World Health Organ*. 2005; 83(10):723–723. Medline.
37. Díez Jiménez Damián Alfredo, Ana María Zúñiga Palta(2011). Implementación de un modelo de gestión del conocimiento para empresas de servicios. Tesis. Universidad ICESI. Facultad de Ciencias administrativas. Maestria en Administracion con énfasis en gestión estratégica. Cali. Colombia.
38. Ramirez Y., Lorduy C. y Rojas J. A. (2007), "Intellectual capital management in Spanish universities". En: *Journal of Intellectual Capital*. Vol. 8 (4). Pag: 732-748.
39. Rodríguez-Montes José Antonio. (2006). Diagnóstico y gestión del conocimiento en un servicio de cirugía. *Cirugía Española*. Vol 80. Num 2. 1 agosto
40. Andersen Arthur. (1998)La gestión del conocimiento en el sector sanitario. Reflexiones y retos para avanzar. Bilbao: Ediciones PMP.
41. Shortell SM & Kaluzny AD. (2000) Organization Theory and Health Care Management. In: Shortell SM & Kaluzny AD (eds) *Health Care Management: Organization Design and Behavior*. 4th Edition ed. Albany, NY: Delmar.
42. Bose R. (2003) Knowledge management-enabled health care management systems: capabilities, infrastructure, and decision-support. *Expert Systems with Applications* 24: 59-71.

43. Burns LR & Wharton School Colleagues. (2002) *The Health Care Value Chain Producers, Purchasers, and Providers*, San Francisco, CA. Jossey-Bass.
44. Alhashem AM, Alquraini H & Chowdhury RI. (2011) Factors influencing patient satisfaction in primary healthcare clinics in Kuwait. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 24: 249-262.
45. Li LX & Benton WC. (1996) Performance measurement criteria in health care organizations: Review and future research directions. *European Journal of Operational Research* 93: 449-468.
46. Barragán, A. (2009), "Aproximación a una taxonomía de modelos de GC". En: *Intangible Capital*, Vol. 5(1). pag: 65-101.
47. Sullivan, T. M., Limaye, R. J., Mitchell, V., D'Adamo, M., & Baquet, Z. (2015). Leveraging the Power of Knowledge Management to Transform Global Health and Development. *Global Health: Science and Practice*, 3(2), 150–162. <http://doi.org/10.9745/GHSP-D-14-00228>
48. Ohkubo S, Sullivan TM, Harlan SV, Timmons BK, Strachan M. Guide to monitoring and evaluating knowledge management in global health programs. Baltimore (MD): Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs; 2014. Available from: <https://www.k4health.org/resources/guide-monitoring-and-evaluating-knowledgemanagement-global-health-programs>.
49. Rogers EM. Diffusion of innovations, 5th edition. New York: The Free Press; 2003.
50. Guevara Barbosa Pablo César. La gestión del conocimiento en grupos de investigación de la Universidad Nacional de Colombia. Caso: Instituto de Biotecnología. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Económicas, Maestría en Administración. Bogotá, D.C., Colombia. 2011.
51. Jonassen, D. (1991). Objectivism vs. constructivism: Do we need a new philosophical paradigm? *Technology Research and Development. ETR&D*.
52. Jonassen, D.H. (1994). Thinking technology: toward a constructivist design model. *Educational Technology*. 34 (4): 34-37.
53. Jonnassen, D. H., Peck K. y Wilson, B. (1999). *Learning with technology: a constructivist perspective*. Columbus. OH.: Merrill.
54. Popper K(1997), Conjecturas e Refutações, 120-121.
55. Zuluaga-Duque John Fredy (2015). La gestión crítica del conocimiento y la inteligencia colectiva y su relación con el desarrollo social. *Entramado*. Vol. 11 No. 2, 2015 (Julio - Diciembre).
56. Peirce, C.S (1971). Mi Alegato en favor del pragmatismo. Buenos Aires. Argentina: Aguilar Argentina S.A), que lo ha denominado Actitud racional, crítica y pragmática(RCP)
57. Nonaka, I, Takeuchi H(1995). The knowledge-creating company: How japanese companies create the dynamics for innovation. New York: Oxford University Press.
58. Karl Popper, A miséria do Historicismo (São Paulo: Cultrix/Edusp, 1980), 51.
59. Khun, Thomas. "La estructura de las revoluciones científicas". F.C.E., Stgo. Chile, 1986, p. 293.

PRUEBA PILOTO

Existencia de Estrategias formales de Gestión del conocimiento.

En relación con la existencia de estrategias escritas de GC, el 60% de los servicios identificaron la existencia de una estrategia formal en gestión del conocimiento, hallazgo relevante puesto que la respuesta tuvo relación directa con los planes formativos en el área. La totalidad de encuestados considero importante el desarrollo de una estrategia específica.

	ESTRATEGIA ESCRITA O FORMAL DEL CONOCIMIENTO	IMPORTANCIA DE ESTRATEGIA DE GC EN AREA DE DESEMPEÑO
NO	60%	0%
SI	40%	100%

Nivel de implementación de prácticas de socialización

A nivel del proceso de socialización relacionado con las prácticas de conversión de conocimiento tácito a tácito, se identificaron las siguientes actividades con alta regularidad de uso entre los profesionales encuestados: (1) discusiones o diálogos colectivos, (2) desarrollo de espacios para compartir experiencias y habilidades, exposiciones orales. Se destaca la menor proporción en la actividad de Creación de grupos de trabajo. Es un patrón no consistente en el entorno académico del área hospitalaria donde se han estandarizado procesos de seminarios de investigación periódicos.

Actividades de socialización	No sabe	Nunca	Algunas veces	Siempre
1. Compartir experiencias y habilidades	10%	0%	50%	40%
2. Exposiciones orales	0%	10%	60%	30%
3. Aprendizaje en equipo	10%	20%	50%	20%
4. Socialización de investigaciones	10%	40%	50%	0%
5. Socialización de informes de trabajo	10%	30%	40%	20%
6. Discusiones o diálogos colectivos	0%	0%	50%	50%
7. Sesiones de creatividad	0%	40%	40%	20%
8. Creación de grupos de trabajo	20%	40%	30%	10%
9. Uso de métodos propios para transmitir conocimiento	20%	20%	30%	30%

Nivel de implementación de prácticas de exteriorización

Se considera por parte de los investigadores que este nivel es determinante para la identificación de prácticas de conversión de conocimiento tácito a explícito. En concordancia con otros trabajos estas actividades resultaron de menor regularidad en relación con el proceso de socialización, porque "su uso resultó esporádico u ocasional". Dentro de las actividades se destacaron por su aplicación relativa en las áreas funcionales de desempeño actual: la creación de manuales, documentos y best practicas (buenas prácticas) de servicios y procesos y el uso de pensamiento deductivo e inductivo que se considero común entre los compañeros del área funcional. Este perfil de actividades al parecer es influenciado por los procesos de gestión de sistemas de calidad en varias de las unidades funcionales registradas.

Actividades de Exteriorización	No sabe	Nunca	Algunas veces	Siempre
1. Participo usted en la generación de la visión institucional?	0%	40%	50%	10%
2. En el área funcional de desempeño actual es indispensable la creación de manuales, documentos y best practicas(buenas practicas) de servicios y procesos	0%	0%	20%	80%
3. El diálogo creativo y el intercambio de ideas entre sus compañeros es habitual	0%	10%	40%	50%
4. El uso de pensamiento deductivo e inductivo es común entre sus compañeros del área funcional	0%	10%	30%	60%
5. A nivel de comunicación su jefe inmediato usa imágenes y símbolos para direccionar a los empleados (y sus conocimientos) hacia alguna meta.	0%	30%	40%	30%
6. A nivel de comunicación en su área funcional de desempeño actual se usan analogías (lenguaje figurativo)	0%	30%	60%	10%
7. En su área de trabajo se generan grupos competitivos internos, trabajando con diferente aproximaciones en torno a un mismo proyecto	0%	50%	50%	0%
8. En el área de desempeño actual se cuenta con bases de datos de servicios y procesos que se actualizan constantemente	10%	20%	60%	10%
9. En el área de desempeño actual existe rotación periódica de empleados en distintos trabajos	20%	20%	40%	20%
10. En el área de desempeño actual existe el libre acceso a toda la información disponible por parte de todos los empleados.	10%	20%	20%	50%

Nivel de implementación de prácticas de combinación

Este nivel hace relación a las prácticas de conversión de conocimiento explícito a explícito, siendo su frecuencia de uso baja, y destacando el uso de correos electrónicos para el intercambio de información y / o conocimiento. Llama la atención la inexistencia según los encuestados de la mayoría de áreas funcionales de actividades como la actualización constante mediante cursos dados por agentes externos a la empresa (universidades, centros tecnológicos, congresos, seminarios, etc.) y la ausencia de acceso a información especializada mediante revistas, manuales, libros, foros, cursos, etc. Se corresponde la ausencia de correos físicos con otros estudios teniendo en cuenta que el “ uso del correo físico se considera ocasional o esporádico, debido al auge de las TIC y los medios virtuales para el intercambio de información o conocimiento”.

Actividades de Combinación	No sabe	Nunca	Algunas veces	Siempre
1. Conversaciones telefónicas	10%	40%	30%	20%
2. Uso de correos electrónicos	10%	20%	40%	30%
3. Resúmenes investigativos	10%	40%	30%	20%
4. Reuniones de investigación	20%	40%	30%	10%
5. Correos físicos	10%	40%	50%	0%
6. La educación y entrenamiento formales con cursos es proporcionada por personal del mismo hospital.	0%	30%	60%	10%
7. Los empleados del Área funcional de desempeño actual, independiente de la forma de contratación, son actualizados constantemente mediante cursos dados por agentes externos a la empresa	20%	30%	50%	0%

	(universidades, centros tecnológicos, congresos, seminarios, etc.)				
8.	Los empleados del Área funcional de desempeño actual, independiente de la forma de contratación, tienen acceso a información especializada mediante revistas, manuales, libros, foros, cursos, etc.	10%	20%	70%	0%
9.	El hospital publica continuamente información interna de la empresa para todos sus empleados	30%	20%	30%	20%
10.	El hospital publica continuamente información interna de la empresa para el público en general	30%	20%	20%	30%

Nivel de implementación de prácticas de interiorización

En este nivel se identifican las prácticas de conversión de conocimiento explícito a tácito implementadas en las áreas funcionales de desempeño actual de los profesionales encuestados. En esta área solo se destaca la conservación de experiencias y procedimientos en memorias documentales u otros medios. En ninguno de los casos de los profesionales encuestados se identificaron actividades como estímulo y habitualidad en la simulación y/o experimentación con procesos y/o productos a partir de quejas, sugerencias, preguntas y peticiones de ayuda de los usuarios.

Actividades de interiorización del conocimiento	No sabe	Nunca	Algunas veces	Siempre
1. En su área funcional de desempeño actual es una práctica común la simulación y/o experimentación con procesos y/o productos a partir de manuales, <i>best practices</i> , historias orales, documentos, etc.	0%	30%	50%	20%
2. En su área funcional de desempeño actual la simulación y/o experimentación con métodos y procedimientos de otros competidores (<i>benchmarking</i>) es habitual.	10%	50%	30%	10%
3. En su área funcional de desempeño actual se estimula y es práctica habitual la simulación y/o experimentación con procesos y/o productos a partir de quejas, sugerencias, preguntas y peticiones de ayuda de los usuarios.	10%	30%	60%	0%
4. En su área funcional de desempeño actual se llevan a cabo modelos mentales compartidos o prácticas de trabajo grupal	10%	50%	30%	10%
5. En su área funcional de desempeño actual las experiencias y procedimientos aplicados se conservan en memorias documentales u otros medios	10%	30%	30%	30%

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo tiene relación con la construcción y validación de un instrumento de registro para evaluar las prácticas de gestión de conocimiento (GC) implementadas en la ESE y establecer los factores organizacionales y desempeño de los procesos en su gestión. Se avanza en el conocimiento de las prácticas de gestión de conocimiento implementadas en las diferentes áreas funcionales que presentan intra e inter de variabilidad.

Por ser el primer estudio en el entorno de institución prestadora de servicios de salud de tipo público se plantea dificultad en la comparabilidad de los resultados. Se evidencia una relativa coherencia con los hallazgos reportados por González (2009) en lo referente a caracterización de actividades de GC implementadas por grupos de investigación universitaria, a nivel del tipo de prácticas.

A nivel del proceso de socialización se identificaron actividades con alta regularidad de uso entre los profesionales encuestados como las discusiones o diálogos colectivos y el desarrollo de espacios para compartir experiencias y habilidades, exposiciones orales. Se destaca la menor proporción en la actividad de Creación de grupos de trabajo. Es un

patrón no consistente en el entorno académico del área hospitalaria donde se han estandarizado procesos de seminarios de investigación periódicos. Presenta correspondencia con la mayor regularidad en el desarrollo de espacios para compartir experiencias y habilidades, las exposiciones orales, evidenciados en estudios de grupos de investigación (Gonzalez C. 2009).

En relación al proceso de exteriorización hay concordancia con otros trabajos puesto que estas actividades resultaron de menor regularidad en relación con el proceso de socialización, porque “su uso resultó esporádico u ocasional”. Dentro de las actividades se destacaron por su aplicación relativa en las áreas funcionales de desempeño actual: la creación de manuales, documentos y best practicas (buenas prácticas) de servicios y procesos y el uso de pensamiento deductivo e inductivo que se considero común entre los compañeros del área funcional. Este perfil de actividades al parecer es influenciado por los procesos de gestión de sistemas de calidad en varias de las unidades funcionales registradas.

A nivel del proceso de combinación la frecuencia de implementación es baja y se destaca el uso de correos electrónicos para el intercambio de información y / o conocimiento. Llama la atención la inexistencia según los encuestados de la mayoría de áreas funcionales de actividades como la actualización constante mediante cursos dados por agentes externos a la empresa (universidades, centros tecnológicos, congresos, seminarios, etc.) y la ausencia de acceso a información especializada mediante revistas, manuales, libros, foros, cursos, etc.

En el proceso de interiorización solo se destaca la conservación de experiencias y procedimientos en memorias documentales u otros medios. Esta situación es parcialmente comparable con el entorno de gestión de conocimiento en Grupos de Investigación de origen académico donde se “destacaron prácticas como la conservación de experiencias y procedimientos en memorias documentales u otros medios, y el uso de modelos mentales compartidos”.

El perfil encontrado de practicas de gestión del conocimiento implementadas en diferentes unidades funcionales del hospital, evidencian facilidad en la transformación y creación de conocimiento tácito y explícito pero dejan entrever niveles críticos de desarrollo en algunos procesos como combinación e interiorización.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En contraste con los centros de investigación de origen académico, el proceso de gestión del conocimiento en el ámbito hospitalario requiere desarrollos estimulados desde la alta gerencia puesto que es un generador de insumos de naturaleza intangible y las prácticas de GC contribuirán al incremento del capital intelectual de la organización.

En el ámbito de países desarrollados se hacen ingentes esfuerzos para mejorar la competitividad y para garantizar una gestión sostenible, y en consecuencia los “gerentes de hospitales recientemente han tratado de fortalecer la capacidad de gestión interna para hacer frente a los cambios en el entorno médico externo. Comenzaron, por ejemplo, introduciendo estrategias competitivas y teorías de gestión utilizados por las empresas para lograr la competitividad estratégica, tales como las alianzas estratégicas, el modelo BOT, las estrategias de crecimiento y diversificación. También comenzaron a promover la gestión del tema dentro de sus hospitales, con medidas como la Via clínica, análisis de costos, las encuestas de satisfacción de los pacientes, y la gestión de la calidad total (TQM)(Chang H, et al. 2009)”.

La literatura actual recomienda que los servicios hospitalarios involucren procesos intensivos en conocimiento llevadas a cabo para resolver problemas relacionados con la salud de los pacientes. “Debido a la naturaleza intensiva en conocimiento de los servicios de salud, gran parte del éxito de un hospital depende de la creación efectiva y eficiente, la organización, la validación, difusión y aplicación de su conocimiento médico altamente especializado”.

En los hospitales especialmente de origen publico, la gestión del conocimiento debe orientarse no sólo mejorar la calidad y la equidad del servicio prestado, sino garantizar la salud de los ciudadanos. “En términos de Peter Senge las organizaciones deben transcurrir hacia lo que se denomina: organización inteligente. *“Una organización inteligente es un ámbito donde la gente descubre continuamente cómo crea su realidad. Y cómo puede modificarla.”* (Senge, 2005, p.22).”.