

**Factores que Inciden en la Apropiación del Conocimiento que Afectan la Calidad de la
Atención en los Procesos Misionales en una Institución de Salud de Alta
Complejidad Bogotá, Colombia 2017-2019**

**Alejandra Calixto Medrano, Deicy Nataly López Ramirez y Francy Viviana Bernal
Orjuela.**

**Facultad de Educación, Universidad El Bosque
Especialización en Docencia Universitaria**

Notas de Autor

**Alejandra Calixto Medrano, Deicy Nataly López Ramirez y Francy Viviana Bernal
Orjuela.**

**Facultad de Educación, Universidad El Bosque
Especialización en Docencia Universitaria**

Agradecimientos

A Nataly y Viviana por su compromiso y persistencia en lograr los mejores resultados en este trabajo.

A Alvaro, mi esposo, por su amor, acompañamiento y comprensión, a mis hijos Alvaro José y Maria Lucia por regalarme amor y apoyo en este nuevo reto en mi vida. Gracias
Alejandra

A Alejandra y Viviana por la paciencia, por compartir conocimientos y el continuo acompañamiento en la construcción de la presente propuesta

A mi hijo Martín Pinzón por el tiempo permitido para el desarrollo de este proceso formativo
Y a la Universidad el Bosque, en especial al equipo docente asignado, que guiaron y apoyaron cada paso dado en la formación como Especialista en Docencia Universitaria
Nataly

A Dios, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y brindarme una vida llena de oportunidades.

A mis padres Guillermo y Beatriz por apoyarme en todo momento y motivarme a seguir adelante.

A mi hijo Simón Matías y Mi esposo Oscar por el tiempo que me regalaron para realizar esta especialización.

A Méderi por todo el apoyo y facilidades otorgadas para el desarrollo de esta especialización.
Viviana

Tabla de contenido

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
1. Planteamiento de la Investigación	10
1.1 Preguntas de Investigación.....	14
1.1.1 Pregunta de investigación.	14
1.1.2 Subpreguntas de investigación.....	15
1.2 Objetivos de la Investigación	15
1.2.1 Objetivo general.....	15
1.2.2 Objetivos específicos.	15
1.3 Justificación.....	15
2. Estado de la Cuestión.....	19
2.1 Investigaciones Internacionales.....	19
2.2 Investigaciones Nacionales	25
2.3 Investigaciones Locales.....	31
3. Marco Referencial.....	35
3.1 Marco Teórico	35
3.1.1 Calidad de la atención.	35
3.1.2 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS).	36
3.1.3 Cultura organizacional.....	39

3.1.4	Aprendizaje organizacional.	40
3.1.5	Apropiación de conocimiento.	40
3.1.6	Estrategias pedagógicas y didácticas.	42
3.2	Marco Legal	43
3.3	Marco Contextual.....	45
3.3.1	Historia de Méderi.	45
3.3.2	Filosofía corporativa.	46
4.	Metodología de la Investigación.....	52
4.1	Naturaleza del Estudio	52
4.1.1	Propósito de la investigación.	52
4.1.2	Paradigma epistemológico.	52
4.1.3	Enfoque de la investigación.	53
4.2	Diseño Metodológico	54
4.2.1	Etapas de la investigación.	54
4.3	Cronograma de Ejecución	58
4.4	Participantes y Contexto.....	59
4.5	Principios y Consideraciones Éticas	60
4.6	Validez del Estudio	61

Lista de Tablas

Tabla 1. Requisitos normativos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS) en una IPS.....	44
Tabla 2. Fuentes generadoras de mejora.....	49
Tabla 3. Instrumento para la identificación de categorías y subcategorías.....	56
Tabla 4. Instrumento de recolección de información.....	57
Tabla 5. Instrumento de agrupación de subcategorías	57
Tabla 6. Cronograma de ejecución	59

Lista de Figuras

Figura 1. Mapa de procesos de Méderi..... 50

RESUMEN

El proyecto de investigación propone la estrategia para identificar factores que inciden en la apropiación del conocimiento que afectan la calidad de la atención en los procesos misionales en una institución de salud de alta complejidad en Bogotá, Colombia entre los años 2017-2019, a través del análisis documental de los planes únicos de mejora de los procesos misionales de la institución. Se propone un enfoque cualitativo retrospectivo, aplicando una herramienta para la sistematización de información a través de la cual se pretende determinar factores que pueden afectar la apropiación de conocimiento, identificar las variables relacionadas con la cultura organizacional y los elementos a tener en cuenta en el diseño de un modelo pedagógico.

Palabras clave: apropiación de conocimiento, calidad en salud, calidad de la atención, institución de salud, profesionales de la salud, procesos misionales, modelo pedagógico y cultura organización.

ABSTRACT

The research project proposes the strategy to identify factors that influence the appropriation of knowledge that affects the quality of the attention in the processes misionales in an institution of health of high complexity in Bogota, Colombia between the years 2017-2019, through the documentary analysis of the unique plans for progress the institution's missionary processes. A retrospective qualitative approach is proposed, applying a tool for the systematization of information through which it is determined to determine factors that may affect the appropriation of knowledge, identify the variables related to the organizational culture and the elements to be taken into account in the design of a pedagogical model.

Key words: appropriation of knowledge, quality in health, quality of care, health institution, health professionals, missionary processes, pedagogical model and organizational culture.

INTRODUCCIÓN

Un Sistema de Gestión de Calidad requiere la alineación del recurso humano a todos los niveles de la organización. En el sector salud se empieza a contemplar la calidad como un atributo fundamental de la atención integral a partir de la Ley 100 de 1993. En el marco de esta normatividad las instituciones de salud se han involucrado en la implementación, evaluación y mejoramiento continuo de la calidad de la prestación del servicio y su impacto sobre las condiciones de salud y bienestar de la población.

Para lograr el mejoramiento continuo, las instituciones han venido invirtiendo recursos en la formación del talento humano, el cual hace parte primordial de las organizaciones, con el fin de lograr en ellos la apropiación de conceptos que deben aplicarse permanentemente en la atención.

En este estudio se pretende identificar algunos factores que influyen en la apropiación del conocimiento que afecta la calidad de la atención específicamente en los procesos misionales de una institución de salud de alta complejidad, a través de la identificación de variables relacionadas con la cultura organizacional que pueden afectar las estrategias pedagógicas empleadas. De igual manera, se quiere identificar los elementos que se deben tener en cuenta para el diseño de un modelo pedagógico útil para la implementación de una cultura de mejoramiento de la calidad en las organizaciones de salud.

Este proyecto propone analizar los planes de mejora de una institución de salud que son el principal insumo para identificar desviaciones de la calidad y así encontrar los factores que inciden en la apropiación del conocimiento por parte de los procesos misionales que afectan la calidad de la atención y aportar a las organizaciones para que gestionen estrategias que permita mejorar dicha apropiación por parte de los profesionales de la salud.

1. Planteamiento de la Investigación

Cada vez son mayores las exigencias de calidad en las organizaciones por lo que se ha incrementado la mejora continua y los Sistemas de Gestión de Calidad.

Un Sistema de Gestión de Calidad es una forma de trabajar mediante la cual una organización asegura la satisfacción de las necesidades de sus clientes. Para lo cual, mantiene y mejora continuamente el desempeño de sus procesos, bajo un esquema de eficiencia y eficacia que le permite lograr ventajas competitivas. (Yañez, 2008, p.1).

La norma ISO 9001 (2015) define que “La adopción de un sistema de gestión de la calidad (SGC) es una decisión estratégica para una organización que le puede ayudar a mejorar su desempeño global y proporcionar una base sólida para las iniciativas de desarrollo sostenible” (p. 2), es por esto que actualmente la mayor parte de las organizaciones invierten recursos en su implementación.

En Colombia para el sector salud los procesos de mejoramiento de la calidad se encuentran regulados a través del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) establecido en el Decreto 1011 por el Ministerio de la Protección Social (2006), como “el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país” (p, 2). También se definen los componentes obligatorios y voluntarios del sistema para las instituciones del Sector de la Salud tales como El Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad.

Estos componentes establecen estándares mínimos y superiores de calidad para la atención en las instituciones de salud y los cuales son la base para evidenciar la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.

No obstante, la reglamentación existente, hay problemas comunes en las instituciones de salud que pueden generar desviaciones en la implementación de sistemas de gestión:

Las tres causas por las que habitualmente fracasan las organizaciones en la implantación de estrategias de calidad total se resumen en: i. Falta de un claro liderazgo e implicación de la dirección; ii. Confusión del concepto de implicación de todo el personal con el de participación de todos en la toma de decisiones y iii. aplicaciones incorrectas de las herramientas de calidad. (Mira, 1998, p. 95).

En la práctica la mayoría de las instituciones se encuentran con dificultades para implementar estándares de calidad. Estas dificultades tienen que ver tanto con la propia definición de las estrategias de implementación, así como su correcta alineación y evaluación. Junco (2008) señala que se afecta la implementación de estándares de calidad debido al poco reconocimiento laboral, insatisfacción con la estimulación salarial, bajo grado de motivación laboral, satisfacción y liderazgo. Estas dificultades podrían desencadenar en poca sistematicidad y constancia en la actuación del personal alineada a la aplicación de estándares de calidad, debido a que no se incentiva la apropiación de los conocimientos necesarios dentro de la organización donde se desempeñan. Esto en gran medida porque las organizaciones de salud tienden a manejar el conocimiento como simple información, sin relacionarlo con los procesos psicosociales de las personas o con factores externos como los mencionados anteriormente. Tobon y Nuñez (2006) explican como “tiende a abordarse el conocimiento como algo exterior, que se produce y se sistematiza mediante un registro de él en el plano magnético o en papel,

quedando, así, ausente el sujeto cognoscente” (p. 28). Es importante que las instituciones de salud gestionen adecuadamente el conocimiento fomentando la internalización del mismo promoviendo que el conocimiento explícito, se vuelva tácito y parte del actuar cotidiano de los profesionales de la salud, logrado así la apropiación del conocimiento y facilitando alcanzar o mantener sus sistemas de gestión de calidad.

También existen otros factores en el país que pueden influen negativamente en la apropiación de conocimiento del personal de salud dentro de una organización y que por consiguiente afecta la implementación exitosa de un Sistema de Gestión de Calidad, entre ellos: la existencia de líderes impositivos, no como aliados de los procesos sino como las personas que buscan solo los errores en los mismos para “acusar” mas no para “direccionar”; canales de comunicación organizacionales que no permiten un aprendizaje efectivo, poco variados, sin un lenguaje claro y sin actividades lúdicas; falta de tiempo para atender los compromisos generados de la implementación de estándares superiores de calidad, inadecuado entrenamiento al personal para generar habilidades pedagógicas. Pinilla (2011) propone pasar de “un modelo tradicional clásico a un modelo constructivista que favorezca el desarrollo de diferentes competencias” (p.217), lo que promovería impactar el aprendizaje en los profesionales de la salud y fomentar sus habilidades pedagógicas, que en consecuencia contribuiría a la mejora continua de las organizaciones. Galvis (2019) concluye:

Cada institución es única y no es un ente aislado, por lo tanto, las vivencias de sus integrantes, las condiciones particulares de cada colaborador y el entorno determinan el camino que se debe seguir e indican la mejor manera de gestionar el conocimiento. En este sentido, no es posible afirmar que un modelo es mejor que otro, simplemente existen

modelos que se adaptan más a ciertas condiciones organizacionales y se enfocan en el logro de los objetivos, teniendo en cuenta los propósitos más relevantes (p. 9).

Teniendo en cuenta esta afirmación, las instituciones de salud tienen el reto de gestionar los factores que pueden afectar la apropiación real del conocimiento por parte de los profesionales de la salud y de esta manera establecer un modelo pedagógico organizacional propio que permita la gestión adecuada del conocimiento dentro de la organización, y promueva mayor adherencia del personal a los lineamientos de mejoramiento continuo de la calidad y permita incrementar y mantener los estándares de calidad, optimizar recursos, construir cultura organizacional de mejoramiento, entre otros.

El reconocimiento de las instituciones de salud en Colombia depende de la calidad del servicio que presta:

La calidad de la atención que debe brindar una institución de salud es percibida por las características del proceso de atención; la relación interpersonal, el contenido de la consulta, la duración, acciones clínicas de revisión y el diagnóstico; por el resultado en su salud, por las características de la estructura física, humana y organizacional, con y por condiciones relativas a la accesibilidad. (Llinas, 2010, p.145).

Los factores mencionados anteriormente generan un impacto positivo, en la prestación de unos servicios de salud humanizados, seguros, oportunos, personalizados y la aceptación y gestión de las quejas y los reclamos por parte de los usuarios, pero solo puede lograrse si se alcanza la apropiación del personal, el cual se traduce en la interiorización y práctica en sus actividades diarias de estándares superiores de calidad. De no lograrse la apropiación de conocimiento las instituciones de salud tienen riesgo de afectar la calidad de la atención que

prestan y poner en riesgo la salud de los pacientes, más aún teniendo en cuenta la competitividad de las instituciones de salud en el país.

Méderi es una institución de salud de alto nivel de complejidad con el mayor número de camas habilitadas en el país, con más de 4.000 empleados y recientemente acreditada, que ha trabajado durante nueve años en la implementación de estándares superiores de calidad, logrando la acreditación en agosto de 2019. La implementación de una cultura de mejoramiento continuo fue un trabajo complejo, principalmente en lo relacionado a lograr la apropiación y compromiso de los profesionales de la salud en la implementación de los estándares de calidad, lo que de algún modo se refleja en el largo tiempo que llevo la implementación del sistema. La acreditación en salud represento un logro institucional, pero el reto ahora es el mantenimiento de la certificación de acreditación en salud que depende de muchos aspectos, dentro de ellos de la apropiación de conocimiento por parte de los profesionales de la salud.

1.1 Preguntas de Investigación

1.1.1 Pregunta de investigación.

¿Qué factores inciden en la apropiación del conocimiento organizacional relacionado con la calidad de la atención en MÉDERI?

1.1.2 Subpreguntas de investigación.

- ¿Qué factores de la cultura organizacional afectan la apropiación del conocimiento relacionado con la calidad de la atención en MÉDERI?
- ¿Qué oportunidades de mejora de los procesos misionales permiten determinar factores que pueden afectar la apropiación de conocimiento de los profesionales de la salud de Méderi?

1.2 Objetivos de la Investigación

1.2.1 Objetivo general.

Determinar los factores que inciden en la apropiación del conocimiento organizacional específicamente para los procesos misionales de una institución de salud, a través del análisis documental de sus planes de mejora entre los años 2017 y 2019, con el fin de mejorar la calidad de la atención.

1.2.2 Objetivos específicos.

- Analizar oportunidades de mejora que lleven a determinar factores que pueden afectar la apropiación de conocimiento de los profesionales de la salud.
- Identificar factores de la cultura organizacional que afectan la apropiación del conocimiento relacionado con la calidad de la atención en MÉDERI.

1.3 Justificación

El presente proyecto de investigación se enfoca en estudiar los factores que inciden en la apropiación del conocimiento que afectan la calidad de la atención en los procesos misionales de una institución de salud de alta complejidad, ya que es evidente en Colombia el bajo número de

instituciones de salud con altos estándares de calidad certificados, que se reconoce en el país como acreditación en salud, dicha certificación a diciembre de 2019 corresponde a 47 instituciones (11 públicas, 35 privadas y 1 mixta) de 10.652 en el país.

Teniendo en cuenta que hoy más que nunca el capital humano es un área de generación de valor, que promueve la competitividad y el crecimiento sostenible de una empresa, y como el conocimiento que este posee, adquiere, procesa, genera y aplica en un hospital se convierte en un elemento diferenciador y un factor clave para la introducción, mejora y mantenimiento de la calidad se quiere enfocar este estudio en identificar los factores que pueden afectar la apropiación del conocimiento por parte de los profesionales de la salud de los procesos misionales que impacta en la calidad de la atención en una institución de salud de alta complejidad de Bogotá.

El conocimiento es un factor productivo de gran importancia, considerado hoy en día por muchas compañías como el elemento diferenciador por excelencia y son las personas quienes lo crean, lo poseen, lo transforman, lo hacen explícito y lo difunde o comparte. El conocimiento se encuentra en forma explícita en las competencias del saber y de manera implícita en las competencias del ser. (Ortiz y Rendón, 2012, p.122)

Uno de los retos más importantes de las instituciones de salud que trabajan en el cumplimiento de los requerimiento de un Sistema de Gestión de la Calidad, es lograr la sinergia entre los diferentes equipos de trabajo en un enfoque centrado en el paciente y en el mejoramiento continuo de los procesos, que conlleve a demostrar que cuentan con las mejores prácticas para lograr reconocimiento por parte de sus usuarios, por parte de los entes de control y en el sector salud, por lo tanto, esto quiere decir que deben lograr en su talento humano un

cambio cultural y conductas diferenciales demostrables y sostenidas en el tiempo, tal como lo menciona Forrellat (2014)

...La aplicación del concepto de calidad a los servicios de salud gana cada vez más importancia. Sin embargo, implementar un sistema para su gestión no es tarea fácil y requiere de un cambio cultural de la organización que involucre a todos los actores de la institución en aras de satisfacer las necesidades y preferencias de los pacientes (p.179)

Por lo explicado anteriormente, se considera que cobra importancia esta investigación, ya que brinda la oportunidad de conocer cuáles son los factores o elementos relacionados con las prácticas pedagógicas institucionales que generan apropiación y que inciden en el logro del objetivo de alcanzar o mantener la calidad de la atención.

Muchas instituciones de salud actualmente desarrollan un plan institucional sistemático, continuo e incluyente que busca que su talento humano y principalmente quienes tienen contacto con el paciente y su familia apropien conocimiento y generen conductas acordes a este conocimiento, de manera tal que se refleje una cultura diferencial y atractiva para todos los actores de la institución, sin embargo, al revisar los indicadores de calidad, los resultados de diversas fuentes de mejora (Autocontrol, Auditorías internas, Auditorías externas, mapa de riesgos, PQRS, entre otras fuentes) y los requerimientos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), se evidencian brechas entre lo que se espera y lo que en realidad se observa.

Con esta investigación se busca orientar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud al momento de trazarse un plan institucional que consideren apropiado para generar una cultura centrada en el paciente y en el mejoramiento continuo de los procesos, lo cual probablemente optimice el uso de recursos económicos, de tiempo y de talento humano. En la

actualidad son muchas las instituciones de salud que tienen la intención de alcanzar un reconocimiento por parte del Estado en el logro de estándares superiores de calidad, por lo que buscamos aportar a la consecución de los resultados esperados, principalmente en el aspecto de apropiación de conocimiento que afectan los parámetros de calidad de la atención.

Así, los resultados de esta investigación orientan a las personas o instituciones interesadas en la identificación de factores que inciden en la apropiación de conocimiento por parte del personal en una institución de salud y le permita trabajar en la formulación de estrategias que aseguren una ventaja competitiva.

2. Estado de la Cuestión

En la revisión bibliográfica se encuentran diferentes estudios muy relacionados o similares con el objetivo del presente estudio, los cuales no solo sirvieron para dar sustento al problema de investigación sino para guiar en la búsqueda de elementos tanto para la metodología como para el desarrollo de la investigación. Se buscaron investigaciones que de una u otra forma identificaron aspectos que afectan la apropiación de conocimiento del talento humano o las estrategias de una institución de salud frente a la gestión del conocimiento institucional y como inciden en los profesionales de la salud al momento de implementar o mantener un sistema de gestión de la calidad, identificando resultados útiles para el objeto de la investigación. Las referencias recopiladas orientan en la identificación de los aspectos que pueden influir en la apropiación de conocimiento en el ámbito hospitalario y que puede afectar la calidad en una institución. Para la búsqueda se emplearon palabras claves como: Gestión de la calidad en salud, Calidad de la atención, Apropiación de conocimiento, Cultura organizacional, Cultura de mejoramiento en salud, Estrategias pedagógicas y Modelos pedagógicos en salud.

2.1 Investigaciones Internacionales

En investigaciones internacionales y teniendo en cuenta que no sobrepasaran 10 años de su publicación se inicia con el artículo de Alkhenizan y Shaw (2012) de Arabia Saudita quienes hicieron una revisión cualitativa sistemática de la literatura sobre la actitud de los profesionales de la salud hacia la acreditación profesional, y revisaron cuatro bases de datos bibliográficas electrónicas entre los años 1980 y 2011. En este estudio se reconocieron diferentes resultados para los que se emitieron conclusiones referentes a:

Varios estudios han demostrado que los profesionales de la salud se mostraron escépticos sobre la acreditación debido a las preocupaciones sobre su impacto en la calidad de los

servicios de atención médica. Las inquietudes planteadas sobre el costo de los programas de acreditación de los profesionales de la salud, especialmente en los países en desarrollo, fueron consistentes. Los profesionales de la salud (especialmente los médicos) tienen que ser educados sobre los beneficios potenciales de la acreditación. También es necesario realizar una evaluación rigurosa e independiente del análisis de costo-beneficio de la acreditación de los servicios de salud. (Alkhenizan y Shaw, 2012, p.79).

Se puede inferir de este análisis realizado en este período de tiempo que las dificultades relacionadas con la apropiación del conocimiento-por parte de los profesionales de la salud, hacia metodologías que impacten la calidad de los servicios de salud tienen que ver con diferentes factores, entre ellos el desconocimiento del impacto o los beneficios de estas metodologías sobre los servicios de salud en la atención médica.

Un estudio Cubano por Coello, Blanco, y Mata. (2013) realizado con el objetivo de describir el rol del hospital en la formación de los recursos humanos. Dentro del cual se describe que se realizó un estudio descriptivo transversal, empleando métodos del nivel teórico y empírico, entre ellos el análisis documental: se revisaron libros de registros de matrículas y bases de datos de diferentes departamentos; y otros métodos del nivel matemático. Dentro del estudio se resalta que se aprecian resultados positivos en la formación de recursos humanos en el hospital a partir del desempeño de sus profesionales en esferas docentes e investigativas. Como conclusiones se refieren:

En el Hospital “Mártires del 9 de abril” se han formado casi la totalidad de los médicos y enfermeras que prestan asistencia en los municipios del centro norte de la provincia Villa Clara, y luego de su redimensionamiento cuenta con 320 camas y un programa quirúrgico con más de 6000 operaciones por año, y más de mil trabajadores en diferentes funciones.

Se describe la organización y aspectos distintivos de sus procesos formativos de pregrado y posgrado, y de investigación, y de su claustro docente, y se resaltan algunos de sus logros. Sin dudas, este hospital constituye un espacio importante en el logro de una educación de calidad para todos, la elevación de la cultura integral de los futuros profesionales y de la población en general. (Coello et al., 2013, p.128)

Desde investigaciones de este tipo podemos concluir que se resalta que en los hospitales y sobre todo aquellos que dentro de sus procesos contemplan la docencia y la investigación se constituyen centros de formación de su talento humano, una razón más para identificar aquellos factores que dentro de un hospital no permiten la apropiación de conceptos específicos.

En otro estudio Cónsul y Medina (2014) realizado en Barcelona, España, cuyo objetivo fue “identificar fortalezas y debilidades competenciales que perciben las profesionales de enfermería formadas con un currículum totalmente integrado por competencias mediante el Aprendizaje Basado en Problemas en grupos pequeños” (p.724). En donde a través de cuestionarios y grupos de discusión en un caso de estudio con exalumnas que llevaban tres años de ejercicio profesional, las conclusiones que arroja el estudio son:

La estrategia docente fue clave para motivar un estudio en profundidad y despertar el deseo de saber. También, que el Aprendizaje Basado en Problemas favorece y refuerza la decisión de aprender tan necesaria a lo largo de la vida profesional. (Cónsul y Medina, 2014, p.724)

Con este tipo de estudios se pueden tener nociones de como las estrategias docentes o metodologías de aprendizaje pueden ser un factor que favorezca la apropiación del conocimiento en grupos poblacionales del sector salud, específicamente con personal de enfermería. Se

encuentra en investigaciones de este tipo el análisis de la percepción propia sobre la apropiación de conocimiento que refiere el personal desde su experiencia.

En un estudio con una metodología similar a la del presente proyecto realizado en Brasil por Sobrinho, Ribeiro, Alves, Manzo y Nunes, (2015) :

con el objetivo de analizar las no conformidades relacionadas con la dirección de la acreditación de los hospitales públicos de Minas Gerais y sus influencias en la calidad del proceso de atención. Estudio descriptivo, cuantitativo y de investigación documental realizada en ocho hospitales públicos que participan en el Programa de Fortalecimiento y Mejora de la Calidad de los Hospitales de la MG Único de Salud (Pro - Hosp) (p.286).

Se refieren resultados en donde a partir de las NC (No conformidades):

La estructura NC más frecuente se relaciona con "definir y ejecutar la política institucional para la gestión de riesgos clínicos y no clínicos, la contemplación de las acciones preventivas y correctivas". La NC de proceso más frecuente fue "fortaleciendo la metodología de la comunicación institucional contemplando la capilarización de la información necesaria para garantizar la calidad y seguridad de la atención." Las NC de resultados encontradas no fueron cuantitativamente representativas. (Sobrinho et al., 2015, p.286).

A partir de estos resultados y teniendo en cuenta las características en las que clasifican los hospitales objeto del estudio, se centran algunas de sus conclusiones así:

Los resultados muestran que las NC evidenciadas están relacionadas, principalmente, con estructura y proceso. Las NC de estructura se referían a los aspectos básicos de la organización y planificación de los hospitales, repercutiendo directamente en la calidad y seguridad de la atención profesional. Las NC de resultado, presentes en los hospitales

considerados como un poco más maduros en este proceso, revelaron la necesidad de realizar análisis crítico y continuo de la interacción en los procesos institucionales. Los líderes deben adoptar un sistema de gestión con el foco en la calidad y tomar decisiones que permitan la implementación de cambios en la cultura de la calidad y buscar que todos los profesionales se sientan motivados a hacer lo mismo. También deben fomentar el trabajo en equipo y encontrar estrategias para hacer frente a los retos. Se ve sobre todo la importancia de la dirección y el liderazgo en la búsqueda de la calidad ya que es de su responsabilidad proponer y aplicar políticas y directivas y, asimismo, influir en todos los colaboradores de la institución y motivarlos a alcanzar los objetivos propuestos. (Sobrinho et al., 2015, p.295).

Esta es una de las investigaciones más similares a la propuesta que atañe este proyecto, ya que reconoce que a través del análisis de las no conformidades se puede llegar a conclusiones que permitan contestar a preguntas que surjan en torno a la calidad de la atención en salud, por lo que es posible que permita realizar comparación en cuanto a los resultados encontrados a través del análisis de las oportunidades de mejora. Adicionalmente y aunque no se sabe que tan comparables sean los hospitales analizados en este estudio con el hospital objeto de la presente investigación, será posible confirmar las conclusiones referidas en cuanto a la motivación y estrategias que se requieran para influir en los trabajadores y fomentar la apropiación del conocimiento en ellos.

Por último, en una revisión bibliográfica realizada por Brubakk, Vist, Bukholm, Barach, (2015) siendo sus autores diferentes entidades de salud en Noruega, tuvo por objeto realizar una revisión que permitiera evaluar sistemáticamente los efectos de la acreditación y / o certificación de hospitales tanto en los procesos organizacionales como en los resultados. Presentan un

análisis de 915 resúmenes y 20 artículos completos en enero de 2013. Incluyeron estudios que abordaban el efecto de la acreditación y certificación hospitalaria mediante revisiones sistemáticas, ensayos controlados aleatorios, estudios observacionales con un grupo control o series de tiempo interrumpidas. De esta revisión se extraen los resultados y conclusiones más relevantes:

Debido a que pocos estudios abordaron específicamente la correlación entre la acreditación y la certificación de hospitales y los resultados de los pacientes, no pudimos llegar a conclusiones firmes con respecto a estrategias efectivas en esta área. Los desafíos metodológicos de medir los efectos de la acreditación / certificación se ven incrementados por la complejidad de las organizaciones hospitalarias y sus componentes heterogéneos. Cabe señalar que hubo un bajo nivel de rigor metodológico en la mayoría de los estudios incluidos en esta revisión, ya que las medidas de resultado fueron ambiguas y solo se informaron detalles operativos limitados.

Se descubrió que el papel comprobado de la acreditación y la certificación en la mejora de los resultados del paciente y de la organización sigue en gran medida indefinido. La acreditación y la certificación es una industria próspera y hay muchas partes interesadas que pueden beneficiarse de la promoción de estos servicios a pesar de la falta de evidencia sólida de su efectividad. Finalmente, debido a que los hospitales están gastando recursos en acreditación y / o certificación, es posible que no puedan abordar otros problemas de seguridad del paciente más urgentes. Sin embargo, hay pocas razones para creer que la acreditación o la certificación se abandonarán debido a la falta de evidencia empírica de sus efectos, por lo que las contribuciones futuras probablemente deberían

centrarse en qué aspectos de la acreditación tienen un propósito útil, en lugar de centrarse en "funciona" . (Brubakk et al., 2015, p. 1)

Aunque estas conclusiones no refieren datos o resultados relacionados con los profesionales de la salud, si emiten conclusiones relacionadas con la complejidad que implican los Sistemas de gestión de la Calidad (acreditación / certificación) en el sector salud, pues implican la inversión de recursos en el tiempo y no es fácilmente demostrable su utilidad en la atención en salud. Lo que dificultad probablemente más aún, la credibilidad por parte algunos grupos de interés en estas metodologías. Esta falta de credibilidad en el sector salud es un factor, entre otros, que afecta la apropiación de conocimiento por parte del recurso humano.

2.2 Investigaciones Nacionales

En cuanto a estudios realizados en Colombia se seleccionan aquellos no mayores a 10 años que se realizaron enfocados igualmente a determinar conclusiones útiles para el sustento del problema de investigación.

Se inicia presentando estudio realizado en Bucaramanga por Merchan (2011) con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos de 98 profesionales de enfermería que laboran en la FOSCAL sobre legislación de enfermería y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud en el 2009. Materiales y Métodos: El instrumento que se utilizo fue una entrevista auto aplicada de 19 preguntas de selección simple, al cual se le realizó una validez facial y de contenido expuesto a una comisión de siete expertos de la ciudad de Bucaramanga (p.175).

En cuanto a los principales resultados se destacan:

las ramas del conocimiento evaluadas el 51% es bueno y el 43.8% es aceptable, resultado atribuible más a los conocimientos sobre legislación colombiana en enfermería que a los

del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de la Salud. (Merchan, 2011, p.175).

Dentro de la discusión y conclusiones, se encuentran diferentes resultados específicos e interesantes por analizar, pues tienen en cuenta variables como distribución demográfica, experiencia profesional, antigüedad en la empresa, educación, dentro de ellas se pueden mencionar:

El rango de conocimientos del personal profesional de enfermería de la FOSCAL sobre Legislación Colombiana en enfermería y el SOGCS, se encuentra en un criterio bueno con tendencia a niveles aceptables, pues la diferencia entre estos dos no es tan significativa. Por tanto se hace necesario que la institución alterne estrategias con las actualmente utilizadas; creando conciencia en su personal sobre la importancia de esta área del conocimiento. Es preocupante que solamente el 1% de la población tiene conocimientos excelentes y el 4% son insuficientes, pues esta es una institución que ha invertido recursos en una cultura organizacional donde esté incluido el tema de calidad como base del crecimiento y sostenibilidad en el mercado.

Así mismo se sugiere que los programas de enfermería desde el pregrado incluyan formalmente como materias de primera línea académica: legislación en enfermería y Sistemas de calidad, fortaleciendo de esta manera las bases teórico prácticas de los profesionales que se empiezan a desarrollar en sus diferentes campos de acción; probablemente de esta manera se disminuyen las brechas en los niveles esperados. (Merchan, 2011, p.180).

Con este artículo se da sustento directo al problema de investigación, toda vez que refiere resultados del nivel de conocimiento relacionado con la calidad que tiene el personal y la

preocupación que esto presenta, teniendo en cuenta que la institución ha invertido recursos en este tema que hace parte de la cultura organizacional.

Bautista et al. (2016) en Cúcuta, desarrolló estudio cuyo objetivo fue determinar el nivel de adherencia al protocolo de registro de las historias clínicas, por parte del personal auxiliar de enfermería en una institución de salud de IV nivel de complejidad. Para el cual se utilizó una lista de chequeo y un test de conocimiento basado en el protocolo de registros de la institución. Se refieren los siguientes resultados:

el nivel de conocimientos del personal profesional y auxiliar de enfermería sobre el protocolo es bueno con un 61%, le sigue un nivel de conocimientos regular con 29%. La aplicabilidad es buena en un 14% y un 54% del personal profesional y auxiliar de enfermería tiene mala aplicabilidad al protocolo, encontrándose que no se diligencian completamente los formatos que se incluyen en la historia clínica. El nivel de adherencia es bueno para el 30% del personal profesional y auxiliar de enfermería.(Bautista et al., 2016, p.1200).

Dentro de las discusiones y conclusiones se resalta que:

el personal profesional y auxiliar de enfermería tienen un buen nivel de conocimientos solo en los registros clínicos que usan frecuentemente; sin embargo, el personal profesional y auxiliar de enfermería no aplican estos conocimientos en su práctica diaria, evidenciado por un 54% de mala aplicabilidad. (Bautista et al., 2016, p.p.1200-1201).

Las conclusiones presentadas dan cuenta de la falta de apropiación de conocimiento, relacionada con la calidad en salud por parte del profesional de la salud lo que sustenta el problema planteado en el presente informe de investigación.

En la investigación de Flórez (2016) titulada *Selección del talento humano frente a la calidad de los servicios de salud en las empresas sociales del estado del departamento de Sucre* que tuvo por objeto analizar los procesos de selección del talento humano y su incidencia en la calidad de la prestación de los servicios de salud de las ESE, del régimen subsidiado en el departamento de Sucre. Se utilizó como instrumento entrevista y cuestionarios aplicados a gerentes, empleados y usuarios de tres ESE, se encontró como resultado altos grados de insatisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, y altos niveles de homogeneidad en las respuestas entre los tres estamentos. Concluye:

Se evidencia para la vinculación de personal, el uso de técnicas basadas en relaciones de amistad o por recomendaciones de políticos, lo que no les permite a los encargados de la selección del talento humano ser imparciales al seleccionar los mejores talentos con los perfiles para el cargo que se desee suplir, lo que termina afectando que se den soluciones oportunas a las necesidades de salud de los usuarios. (Flórez, 2016, p. 23).

Como referencia seleccionada para los antecedentes de esta investigación se tiene en cuenta para argumentar que desde la selección del personal se afecta la calidad de la atención en salud, lo que presenta un reto importante en la necesidad de generar alineación y apropiación del personal a temas transversales de la cultura organizacional en todo momento.

El estudio de Molina et al. (2016) titulado, *Gestión del talento humano en salud pública. Un análisis en cinco ciudades colombianas, 2014*, realiza un análisis en cinco ciudades colombianas en 2014: Barranquilla, Bucaramanga, Leticia, Medellín y Pasto, con el objetivo de describir las condiciones laborales del personal de salud vinculado a programas de salud pública, es un estudio descriptivo de corte transversal a una muestra representativa de 672 personas que proveían servicios y programas de salud pública. Se resaltan las siguientes conclusiones:

La mayor parte del personal vinculado a los programas de salud pública tiene formación en medicina, enfermería y odontología, entre otras. Sin embargo, hay personal que pertenece a una amplia gama de áreas de formación tanto de pregrado como de posgrado, sin entrenamiento específico en salud pública, dejando un vacío entre el perfil profesional y lo requerido para desempeñar las funciones del cargo. Las condiciones laborales del personal de los programas de salud pública son problemáticas, dado que más de la mitad (53 % para el 2014) estaba vinculado mediante tipos de contratación que conllevan inestabilidad laboral y alta rotación de personal; el personal vinculado a término fijo o de carrera administrativa disminuyó entre el 2012 y el 2014; a algunos les tomó varios meses conseguir el empleo (media cinco meses); el 18,5% de las personas trabajaba en dos o más instituciones simultáneamente; jornada laboral mayor a la estipulada legalmente (promedio diez o más horas al día); para un 36,4% se daban demoras en el pago de los salarios; el 35% no recibía ningún tipo de prestaciones sociales, un porcentaje entre 38 y 40% no tenía afiliación a salud, pensiones o riesgos profesiones en el 2014 y menos aún en el 2013 y 2012. El salario, el reconocimiento y el ambiente laboral fueron ubicados como los aspectos que más motivaban a las personas encuestadas. Un bajo porcentaje (23%) afirmó haber tenido algún tipo de reconocimiento por su trabajo. (Molina et al., 2016, p.p.123-124)

En los resultados obtenidos de este análisis se encuentran datos interesantes que apoyan la idea de reconocer que existen diferentes factores que inciden en el desempeño de los profesionales de la salud como efecto de la apropiación del conocimiento, a consecuencia de las condiciones labores que también dependen de cada situación propia, sin bien es cierto, algunas de estas situaciones no se evidencian en la institución objeto del presente proyecto, si son

situaciones que viven estos profesionales ya sea porque trabajan en varias instituciones a la vez o porque en el curso de su experiencia las han afrontado.

Terminamos con los estudios nacionales hablando de un estudio realizado en Manizales por Villegas et al. (2017) que tuvo por objetivo “evaluar el impacto del lavado de las manos en funcionarios asistenciales, como componente del Programa de Seguridad del Paciente implementado en Assbasalud ESE, de acuerdo con los cinco momentos de la Higiene de las Manos de la OMS.” (p. 170).

Se trata de un estudio, transversal y cuantitativo que midió la adherencia al lavado de manos en personal ambulatorio y de urgencias de Assbasalud ESE y que evaluó el impacto después de impartir capacitación. En general se presentan resultados de la adherencia obtenida al lavado de manos en la primera fase que fue del 61,8% y en la segunda, del 78,3% (Villegas et al, 2017). Estos resultados son positivos con relación a estudios internacionales. Y como parte de las conclusiones se resalta:

se debe seguir trabajando para mejorar la concientización en la práctica del lavado de las manos, para asegurar su continuidad y fortalecimiento. Se debe insistir en el buen uso de los guantes y de otras normas que buscan la prevención de infecciones, como inducción y re-inducción al personal asistencial para mantener las uñas cortas y sin esmalte; el retiro de relojes, pulseras, anillos, argollas, manillas, dejando libres las muñecas y zonas vecinas para su adecuada higiene, sin importar el material del que estén elaborados; no aplazar el recambio del esmalte por más de cuatro días porque el esmalte caduco alberga más bacterias; usar uniformes de manga corta y cabello recogido por encima del cuello. Se concluye que el lavado de manos, valorado en 78,3% durante el cuarto trimestre de

2013, es una excelente estrategia para prevenir infecciones hospitalarias. (Villegas et al., 2017, p.169).

Como ya se había mencionado anteriormente la no adherencia del personal a este tipo de lineamientos institucionales que impactan directamente en la calidad de la atención, sustenta el problema de investigación presentado, puesto que constituye evidencia de que existen factores para que a pesar de reconocer la importancia de la aplicación de normas y a pesar de capacitaciones impartidas no se demuestre su apropiación.

2.3 Investigaciones Locales

En cuanto a estudios desarrollados en la ciudad de Bogotá podemos iniciar por el estudio publicado en un artículo de la revista EAN por Cardona (2009) que tuvo por objetivo “analizar la importancia que tiene la medición sistemática de los costos de inversión en calidad y aquellos injustificados por fallas en los procesos de la empresa”. (p. 75), el cual a través de “una revisión bibliográfica de los temas seleccionados se exponen los más representativos factores que influyen en los mayores costos injustificados considerados de no calidad” (Cardona, 2009, p. 75). Dentro de los resultados se evidencia una gran variedad de costos de no calidad dentro de los que involucran al talento humano como: Deficiente capacitación del personal, y costos de prevención para la calidad como el Entrenamiento para la operación, capacitación general para la calidad, procedimiento de formación. Finalmente Cardona (2009) como parte de sus conclusiones refiere que “ las empresas de salud por la multiplicidad de procesos, procedimientos y normas, entre otros factores, tienen una alta probabilidad de fallas o errores que producen unos costos injustificados que, de conocerse, permitirán a la empresa su reducción o control, mejorando su rentabilidad” (p. 93).

Desde este punto de vista se destaca la importancia de reconocer en primera medida los costos de no calidad y los factores que inciden en estos costos que para el objeto de estudio comprendería todos aquellos factores que al no permitir la apropiación del personal impactan directamente en la calidad de la atención en salud y al mismo tiempo en sus costos de no calidad, otro factor que sustenta el problema de investigación.

Un estudio realizado en un hospital público en Bogotá García (2010) que tuvo por objetivo indagar acerca del significado del discurso de calidad y particularmente, el papel que juega la gestión humana en la construcción de la cultura de calidad, con el fin de vislumbrar los intereses a los que responde este discurso y las tensiones que suscita. Es un estudio de caso en un hospital de tercer nivel, que ha sido certificado y que además ha obtenido reconocimientos por la implementación exitosa del sistema de gestión de calidad. Se realizaron entrevistas a profundidad a trabajadores del área asistencial (médicos, enfermeras, camilleros), trabajadores del área de Gestión Humana (Gerente de Talento Humano y Coordinador de Bienestar) y al Coordinador de Calidad. Se concluye:

el discurso de calidad responde a una lógica económica-administrativa, cuyas medidas y categorías legitiman un modelo de salud basado en el mercado y con esto se evidencia el papel de la gestión humana –a través del uso de técnicas psicológicas- en la reproducción de este modelo. (García, 2010, p. 841).

Para este estudio los resultados refieren que no solo los factores organizacionales sino también los factores sociales, económicos y políticos del contexto nacional e internacional influyen en la relación entre el trabajador y la institución por lo que se percibe distintas contradicciones entre el discurso de calidad y las condiciones laborales lo que conlleva a que los esfuerzos de la institución por alinear a sus trabajadores a las distintas políticas no surtan los

efectos esperados. Este resultado puede significar uno de los factores que influyen en la apropiación del conocimiento de parte de los profesionales de la salud.

Por otro lado Pinilla, A. E. (2011). Presenta un análisis de las relaciones entre las competencias profesionales por desarrollar y la formación de profesionales en el área de la salud.

En el que destaca:

la formación de profesionales en ciencias de la salud debe conducir a la graduación de profesionales autónomos y críticos con profesionalismo que en su práctica demuestren competencias profesionales transversales y específicas; éstas se evalúan permanentemente en la relación con cada paciente; para alcanzar lo anterior es indispensable la formación pedagógica de docentes y la concienciación de directivos y entes gubernamentales. Los currículos tienen un componente nuclear y otro flexible que permiten el desarrollo de las potencialidades de cada estudiante por medio del método del aprendizaje basado en problemas con casos clínicos en la relación docencia-servicio y en equipo interdisciplinario (p.204).

Como se había mencionado anteriormente, este estudio constituye una conclusión frente a los métodos de aprendizaje más efectivos con los profesionales de la salud para lograr su apropiación, evidenciado desde su formación como profesionales.

Por ultimo Riveros y Gómez (2013) presenta la investigación de *“Percepción del enfermero en procesos estratégicos de programas de protección específica y detección temprana”*, es un estudio descriptivo que muestra la percepción de profesionales de enfermería que se encuentran a cargo de estos programas en Bogotá, desde los estándares del Sistema Único de Acreditación, reglamentado por el Decreto 1011 de 2006. Presentando una metodología en

donde se aplicaron los estándares a una población de 31 enfermeros, se obtuvieron los siguientes resultados:

Los resultados de la investigación, permiten observar que el enfermero percibe que los procesos se implementan y se desarrollan de acuerdo al enfoque de gestión por procesos establecido en los estándares del Sistema Único de Acreditación, sin embargo, es necesario fortalecer los procesos de gestión del recurso humano, puesto que la calificación de estos procesos mediante los estándares no satisfacen la categoría de acreditación. (Riveros y Gómez, 2013, p 11).

Esta percepción de los profesionales de la salud, específicamente de enfermería confirma una vez más las incoherencias que se denotan por parte del profesional entre lo que se quiere lograr a través de los procesos de calidad y lo que se percibe como beneficio, lo que no solo confirma que existen factores que afectan la apropiación sino que también es indispensable lograr el reconocimiento y acercamiento de parte de todo el personal a los estándares superiores de calidad.

3. Marco Referencial

3.1 Marco Teórico

Para construir el marco teórico se tuvieron en cuenta los conceptos relacionados tanto con la atención en salud, como con la apropiación del conocimiento en el ámbito organizacional: calidad de la atención, sistema de gestión de la calidad en salud, formación, divulgación de información, diseño didáctico, cultura organizacional, y apropiación de conocimiento.

Para el análisis de los factores que inciden en la apropiación de conocimiento relacionado con la atención en salud, se requiere conocer el contexto histórico de un sistema de gestión de la calidad en el sector salud, puesto que conocer su especificidad favorece su entendimiento acerca de la complejidad del mismo, también se requiere comprender las características propias del talento humano y las diferentes teorías relacionadas con apropiación de conocimiento, que busca contextualizar al lector alrededor de la investigación y la interpretación de los resultados obtenidos.

3.1.1 Calidad de la atención.

En 1988, se publica el libro *Evaluación y garantía de la calidad en la atención primaria de salud* a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en donde se menciona que el concepto de la calidad de la atención de salud, su evaluación y garantía se originó en el mundo de la medicina clínica. En esta obra se recogen publicaciones de 65 años atrás, la mayoría procedentes de los Estados Unidos de América. En el desarrollo de este compendio los autores nombran todas las definiciones de Calidad de la Atención recogidas desde distintos puntos de vista y espera que todo lo allí contenido sirva para países en vía de desarrollo, que a su juicio debían de establecer planes y políticas nacionales orientadas a fortalecer el sector en todos sus componentes de atención.

Roemer y Montoya (1988) resaltan el significado del concepto de la calidad de la atención en salud:

En relación con la atención de salud, la "calidad" hace referencia a la medida en que los recursos para la atención de salud o los servicios incluidos en ella responden a unas normas establecidas. En términos generales, se presupone que la aplicación de esas normas producirá los resultados deseados (p.3).

Roemer y Montoya, (1988) en el marco del análisis que realizaron frente al apoyo que se debería dar a la garantía de la calidad y la reglamentación de la atención en salud, concluyen:

puede decirse que las cuestiones de garantía de la calidad se hallan estrechamente entrelazadas con todos los aspectos de la organización y funcionamiento de los sistemas de atención de salud, en particular con el desarrollo de los recursos adecuados, la utilización de la tecnología apropiada y la estrecha integración con las condiciones sociales y económicas de cada país (p.15).

Se mencionan artículos que datan desde 1918 en donde se inicia con los primeros intentos de emitir juicios sobre la calidad de un hospital todo esto supone pensar que el tema se ha venido trabajando desde diferentes perspectivas y que los avances en la materia son producto de varios compendios e intentos de diferentes organizaciones y países por mejorar la atención en salud.

3.1.2 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS).

Según Avendaño (2012), en la década de los setenta y por la influencia de un enfoque higienista generado por la creación de Sistemas Nacionales de Salud en la región Latinoamericana, Colombia mediante el Decreto Ley 056 de 1975 crea también su sistema correspondiente. Según García (2012) esta ley termino abruptamente en 1990, cuando cumplía

15 años. Fue reemplazada por el sistema Municipalizado de salud establecido mediante la Ley 10 en diciembre de 1990, la cual tenía apenas 3 cortos años, cuando la Ley 100 de 1993 le dio vida activa al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (p. 109).

Según Fontalvo (2017), es así que el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud que actualmente conocemos fue creado por el estado Colombiano a través de Ley 100 de 1993, en este establece una serie de estructuras y entidades de salud para garantizar la cobertura de toda la población en Colombia, dando paso a la existencia de entidades como las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios EAPB, que dentro del régimen contributivo se conocen como EPS, crea las administradoras del régimen subsidiado ARS, hoy EPS del régimen subsidiado. Y las administradoras de regímenes especiales EAS. Según Numpaque, Buitrago y Pardo (2019), esta ley también establece que hay calidad “cuando los atributos contenidos en esta hacen que sea oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y que esté de acuerdo con los estándares aceptados en los procedimientos y la práctica profesional”(p.235).

Con este breve recorrido histórico, entramos en contexto con a la apropiación del conocimiento en el marco de un sistema de gestión de la calidad para el sector salud en Colombia, no sin antes mencionar que como es evidente, por su carácter normativo y sus características, es un sistema de calidad exclusivo del sector salud, no aplicable a otras industrias.

En el 2006 y en el marco de la normatividad vigente, el Ministerio de la Protección Social crea el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del Decreto 1011 de 2006, el cual “contempla el cumplimiento de las características del SOGCS (accesibilidad, oportunidad, seguridad y continuidad)” (p.3).

En este mismo sentido, también señala el Decreto 1011 de 2006, la Calidad de la Atención en Salud en el marco del SOGCS como:

conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. (p.2).

Este mismo decreto especifica su aplicabilidad para diferentes instituciones del sector, sin embargo, para efectos de este proyecto se centra la atención en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud siendo el tipo de organización en la cual se desarrolla el estudio. En concordancia “se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud” (p.2).

A través del Decreto 1011 el Ministerio de Protección Social (2006) también establece, los componentes del SOGCS y los requerimientos que se deben implementar por parte de los Prestadores de Servicios de Salud son: 1. El Sistema Único de Habilitación, haciendo referencia a los estándares básicos necesarios asociados a la prestación que se deben cumplir para recibir la autorización de funcionamiento, La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, la cual implica “adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención”, El Sistema Único de Acreditación, enfocado en “comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad” y el Sistema de Información para la Calidad, el cual obliga a generar y suministrar los datos e indicadores requeridos para el funcionamiento del SOGCS con “el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia”(p.p 2-14).

Teniendo en cuenta estas exigencias normativas, las instituciones de salud requieren de mecanismos que les permitan apropiarse de conocimiento en el personal, y así lograr la alineación para facilitar la implementación de sus sistemas de gestión de calidad.

3.1.3 Cultura organizacional.

Teniendo en cuenta el contexto del estudio de investigación se toma como definición aplicable la referida por el Decreto 5095 de 2018 a través del *Manual de Acreditación en Salud Ambulatoria y Hospitalario* de Colombia:

Conjunto de valores, creencias y maneras de hacer las cosas, que se producen como resultado de la interacción y del comportamiento de los miembros de una organización con sus componentes formales (direccionamiento estratégico, estructura, procedimientos, etc.) sus componentes informales, los medios y el estilo de comunicación y su relación con el medio ambiente. La cultura es aquello que caracteriza a una organización y la hace singular y diferente de otra, se expresa en sus actos, costumbres, lenguaje, liderazgo y comunicación. La cultura se modifica a lo largo del tiempo y puede ser objeto de direccionamiento, gerencia, evaluación y mejoramiento. (Ministerio de la Protección Social, 2018, p.13).

Dentro de la cultura organizacional de una institución de salud existen valores, creencias y maneras de hacer las cosas que pueden influir negativa o positivamente en la apropiación del conocimiento del equipo de salud, impactando la implementación o mantenimiento de su sistema de gestión de calidad, lo que la hace singular y diferente de otra.

3.1.4 Aprendizaje organizacional.

Continuando con el marco del SOGCS y en especial del Sistema Único de Acreditación, la Resolución 5095 de 2018 en el mismo manual también define el aprendizaje organizacional como:

Capacidad de aprendizaje en las organizaciones sobre la propia experiencia colectiva y su transformación como fuente de ventaja competitiva a partir del reconocimiento de que todas las practicas organizacionales son susceptibles de mejora y que se puede aprender tanto de los fracasos como de los éxitos.

El aprendizaje organizacional incluye el análisis interno y externo, la elaboración o adopción de estándares, la comparación entre la calidad observada y la esperada, el cierre continuo de brechas en la calidad y la gestión del conocimiento que contribuya a innovar permanentemente, agregar valor a las partes interesadas, rendir cuentas de las actuaciones y realizar ciclos de mejoramiento continuo. (Ministerio de la Protección Social, 2018, p.10).

Dentro del análisis interno que deben hacer las organizaciones de salud frente a su aprendizaje organizacional, es importante identificar aquellos factores que pueden incidir en la apropiación del conocimiento con el fin de gestionarlos y lograr mejores resultados frente a la cultura de mejoramiento continuo.

3.1.5 Apropiación de conocimiento.

La definición de apropiación en diferentes contextos tiene muchos significados como lo hace ver Neüman (2008), quien hace un recorrido para entender el término y define:

Semánticamente, observamos que en el acto de apropiarse no se pasa por una concepción previa de lo apropiado ni es un acto inspirado por terceros. Esto se convierte en la

primera manifestación de la apropiación: la autonomía de la acción. Apropiarse es un acto intencional del que se apropia. Apropiarse es un acto dentro de la esfera de la subjetividad del que se apropia. En segundo término, en acto de apropiarse precisa que lo apropiado sea ajeno. No se apropia lo propio. (p. 90).

Por otro lado, es importante reconocer la definición de conocimiento que según Canals (2003) es:

todo lo que nosotros tenemos que nos ayuda a interpretar el entorno y, como consecuencia, a actuar. Es importante entender el conocimiento no tan solo como algo que te permite interpretar, que te permite saber, sino como algo que tiene que darte la posibilidad de poder actuar, y esto es lo que quieren las empresas cuando se dedican a la gestión del conocimiento (p.2).

En este sentido la apropiación de conocimiento es un proceso de interiorización y aplicación de lo aprendido de manera que no es fácilmente olvidado y puede aplicarse en actividades cotidianas casi de manera inconsciente y que le permite al individuo actuar en determinada situación.

Cuando se habla de apropiar conocimiento debemos tener en cuenta que no es un proceso fácil de realizar, actualmente se presentan diferentes variables que afectan lograr los resultados esperados.

es necesario desarrollar mecanismos que permitan a todas las personas disponer de todo el potencial del conocimiento que se encuentra disperso en la organización. Esto implica crear y desplegar una estrategia de gestión del conocimiento que integre cinco acciones fundamentales: entender necesidades y oportunidades del conocimiento; construir conocimientos relevantes para el negocio; organizar y distribuir el conocimiento de la

organización; crear condiciones para la aplicación del conocimiento de la empresa y explotar el conocimiento (Nagles, 2007, p.77-78).

En este contexto es importante entender que pueden ser muchos los factores que pueden afectar o incidir en lograr aprendizaje demostrable por una organización, ya que la sumatoria del aprendizaje individual no es el resultado del aprendizaje de la organización.

Para convertir el conocimiento personal en organizacional, como lo plantea Nonaka y Takeuchi es necesario que exista un ambiente que facilite el dialogo, la discusión, la observación, la imitación, la práctica y la experimentación; ambiente que debe ser promovido desde la alta gerencia con comportamientos que se conviertan en modelo para todos.

Aun cuando las organizaciones sólo aprenden a través de individuos que aprenden, el aprendizaje individual no garantiza el organizacional. Esto ocurre cuando sus sistemas y su cultura adquieren y transfieren el conocimiento.

El aprendizaje en las organizaciones no es la sumatoria de los aprendizajes de sus miembros (Tristá y Álvarez, 2009, p.71).

Los autores coinciden en que existen diversos factores que pueden afectar la interiorización de lo aprendido por los miembros de una organización, por lo que es necesario gestionar el conocimiento y generar condiciones apropiadas para distribuir el conocimiento dentro de la organización.

3.1.6 Estrategias pedagógicas y didácticas.

Teniendo en cuenta la aplicabilidad al proyecto y el objeto de la investigación se referencia lo mencionado por Colmenares (2017):

Las estrategias pedagógicas y didácticas son las acciones, estructuras o pasos creados y planificados que el maestro realiza para desarrollar diferentes acciones desde el proceso de enseñanza-aprendizaje, con el propósito de facilitar la formación y cumplir así con la meta de aprendizaje (p.20).

Colmenares (2017), también concluye en su investigación “los resultados señalan que para los docentes las estrategias didácticas tienen correlación con los procesos de apropiación de conocimiento por los estudiantes” (p.21).

Este concepto constituye una parte fundamental en el estudio de la apropiación de conocimiento referida anteriormente.

3.2 Marco Legal

Adicionalmente al conocimiento previo de los investigadores y con el fin de complementar esta información, para construir el marco legal se realiza revisión a través de la página oficial del Ministerio de Salud y Protección Social, en el sitio de normatividad se encuentra una gran cantidad de normas relacionadas con el sector, sin embargo, para los efectos solo se tienen en cuenta aquellas que guardan relación directa con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS) para una IPS excluyendo aquellas que solo aplican al sector público. De esta revisión se elabora la Tabla 1 que muestra los requisitos normativos del sistema:

Tabla 1.

Requisitos normativos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS) en una IPS

TIPO DE NORMA	Nº	FECHA	DESCRIPCIÓN
Constitución política		1991	Constitución política de Colombia.
Ley	100	1993	Crea el Sistema de Seguridad Social Integral.
Ley	1438	2011	Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Ley	1122	2007	Modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Decreto	1011	2006	Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS).
Decreto	3039	2007	Adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.
Decreto	903	2014	Por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema único de acreditación
Resolución	123	2012	Por la cual se modifica el artículo 2º de la Resolución 1445 de 2006
Resolución	2082	2014	Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud
Resolución	5095	2018	Por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1
Circular	030	2006	Imparte instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud.
Resolución	3100	2019	Establece las condiciones a cumplir por los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención.
Circular	047	2007	Instrucciones generales y remisión de información para la inspección, vigilancia y control.
Circular	056	2009	Sistema de Indicadores de Alerta Temprana.
Circular	012	2016	Por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la circular 047 de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad.

Nota. Elaboración propia.

Para la investigación es de gran relevancia tener clara la normatividad vigente, ya que constituye la base de creación y regulación del sistema de gestión de la calidad en salud, adicionalmente da cuenta de la complejidad y variabilidad del sistema.

3.3 Marco Contextual

3.3.1 Historia de Méderi.

La historia de la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad Méderi se evidencia en la página oficial de la institución www.mederi.com.co:

Es necesario remontarse al Instituto Colombiano de los Seguros Sociales ICSS, creada en 1946, institución pública que estaba encargada de la Seguridad Social principalmente de los empleados del sector privado, con empleo formal, a través de la unidad de negocio salud: aseguramiento y prestación. Con el paso de los años, el sistema al cual estaban afiliados millones de colombianos, estaba inmerso en una insostenible estructura que reportaba pérdidas inmanejables. Es así como, los Gobiernos de ese entonces, necesitaba detener la fuga de recursos y los colombianos pedían recibir un servicio de mejor calidad.

Con este entorno, todo apuntaba a que el ISS debería liquidarse y empezó una gestión de búsqueda de quién asumiría el riesgo de invertir, administrar y hacer la transformación organizacional y de aseguramiento que estos hospitales requerían.

La Corporación Hospitalaria Juan Ciudad comienza con la unión de tres instituciones, la Caja de Compensación Familiar Compensar, el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario y la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Unidas por la identidad de sus principios y valores y con un propósito común, que traído en el tiempo estaría centrado en la *Creación de un modelo de atención y de gestión en salud, centrado en el paciente y su familia*".

Con el fin de crear una identidad institucional, nació la marca **Méderi**. Es por eso que, durante los 10 años que lleva de creada, se ha buscado que la marca tenga reconocimiento y esté relacionada con sus dos atributos: HOSPITALIDAD Y CIENCIA.

El 1° de mayo de 2008, se dio inicio a la operación en el Hospital Universitario Mayor (antigua Clínica San Pedro Claver) y del Hospital Universitario de Barrios Unidos (antigua Clínica Misael Pastrana). Hoy en día funcionan en red y se complementan en la prestación de sus servicios.

Antes de 2008, los modelos de contratación del Talento Humano, nuestro gran capital y el actor principal en la creación de una cultura institucional, se daba en el marco de la contratación estatal. Este enfoque fue cambiado a los pocos años de iniciar labores la Corporación.

La historia de Méderi está inscrita en los grandes cambios de la salud en los últimos años y es, sobre todo, una apuesta social que se hizo para permanecer en el tiempo.

3.3.2 Filosofía corporativa.

La filosofía corporativa de la organización se ve reflejada en sitio “¿Quiénes somos?” de Méderi:

Misión

Transformamos la sociedad al generar bienestar y felicidad a través de innovación, conocimiento y humanización en el sector salud.

Visión

Seremos reconocidos como una organización del conocimiento, líder en el sector salud, que busca siempre mejorar la calidad de vida de las personas a partir de la atención integral.

Promesa de valor

Nos comprometemos a prestar servicios de salud con calidad, orientados a la aplicación de prácticas seguras con trato digno, que contribuyan al bienestar de nuestro paciente y su familia.

3.3.3 Sistema de gestión de calidad de Méderi.

La información descrita a continuación se toma del Sistema de Gestión de la Calidad de Méderi:

Política de Calidad

En Méderi nos comprometemos al mejoramiento continuo de los procesos de forma integral, orientados a la seguridad y satisfacción del paciente y su familia con altos estándares en calidad, asistencia, academia e investigación.

Objetivos de la política de calidad

- Estructurar y consolidar un programa de mejoramiento continuo en los procesos de la Corporación, articulado con la planeación Estratégica.
- Impulsar el cumplimiento de la promesa de valor y los atributos del modelo de atención MOSS tanto en la asistencia, como en la academia, y la investigación en todos los integrantes de la corporación.
- Establecer la verificación sistemática de los procesos que permita evaluar la consecución de los objetivos de calidad.
- Mantener sistemáticamente el mejoramiento logrado en los procesos.

Gestión del mejoramiento institucional

Dado que se propone una metodología basada en el análisis de los planes de mejoramiento del hospital, se presenta brevemente como se generan estos planes de mejora y como se gestionan a nivel de la institución.

A nivel institucional el hospital cuenta con diferentes políticas o lineamientos en materia de mejoramiento, los cuales hace oficiales a través de la publicación de documentos en su herramienta de gestión integral pretendiendo la divulgación de información en todos los niveles de la institución. En el marco de estos lineamientos y para el desarrollo del Mejoramiento Continuo de sus procesos a lo cual Méderi (2019) define:

Acción de Mejora: Cualquier acción que suponga una mejora en la eficacia y/o eficiencia de cualquier actividad del sistema de gestión de calidad.

Estado de las acciones de mejora: Corresponde al estado de las acciones de mejora al momento de realizar los respectivos seguimientos de autocontrol y por fuente generadora, a continuación, se describen los estados definidos en Méderi:

- **Terminada:** Acción que se encuentra completa o terminada al 100% al momento del seguimiento.
- **En ejecución:** Acción que se encuentra en desarrollo dentro de las fechas establecidas y se evidencia soporte de inicio o avance de la actividad y la fecha de finalización se encuentra vigente.
- **Atrasada:** Contempla las siguientes situaciones: - Acción en que la fecha de inicio ya se venció, no se evidencia soporte de inicio o avance de la actividad y la fecha de finalización aún se encuentra vigente. - Acción en la cual no se ha completado el 100% de su ejecución y la fecha de finalización establecida ya se venció.

- **No iniciada:** Acción cuya fecha de inicio se encuentra posterior a la fecha de la verificación.

Fuente generadora: Fuente de información cuyo análisis puede llevar a la identificación de una oportunidad de mejora, en Méderi las fuentes generadoras son manejadas por diferentes procesos. A continuación, en la Tabla 2 se relacionan las fuentes generadoras y los procesos responsables de las mismas:

Tabla 2.

Fuentes generadoras de mejora

PROCESO	FUENTE GENERADORA
Atención al Usuario	PQRS (peticiones, quejas, reclamos y sugerencias), encuestas necesidades y expectativas, encuesta de satisfacción.
Gestión ambiental	Auto-Inspecciones: Sistema de Gestion Ambiental. Auditoria Externa: Secretaria Distrital de Ambiente y Secretaria Distrital de Salud.
Talento Humano (Seguridad y Salud en el Trabajo)	Inspecciones. Auditoria Externa: Ministerio del trabajo y Secretaria Distrital de Salud.
Infecciones y Vigilancia Epidemiologica	Inspecciones - Infecciones y Vigilancia Epidemiologica Auditoria externa: Secretaria Distrital de salud.
Servicio farmacéutico	AutoInspecciones- Servicio Farmacéutico Garantía de Calidad Auditoria Externa: Invima, Secretaria Distrital de Salud.
Todos los procesos	Autocontrol: Referenciación competitiva, seguimiento al desempeño de procesos y autogestión del proceso. Seguimiento a indicadores

Nota. Tomado de Méderi (2020). *Procedimiento de Mejoramiento Continuo.*

Hallazgos de la Auditoría/Oportunidades de Mejora: Resultados de la evaluación de la evidencia de auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría. Los hallazgos indican la conformidad o no conformidad, así como las oportunidades de mejora o registrar buenas prácticas. (ISO 9001:2015, p.22).

Líder del Plan de Mejora: Director, Jefe o Coordinador del proceso que coordina o administra el PUMP.

Plan de Acción: Es el conjunto de acciones correctivas o aspectos diseñados con el fin de subsanar las No Conformidades y Aspectos por Mejorar presentados durante los procesos de Auditoría Interna.

Proceso: Conjunto de actividades interrelacionadas o que interactúan, que transforman las entradas en salidas. Los procesos de Méderi se encuentran divididos en 4 niveles como se muestra en la Figura1:

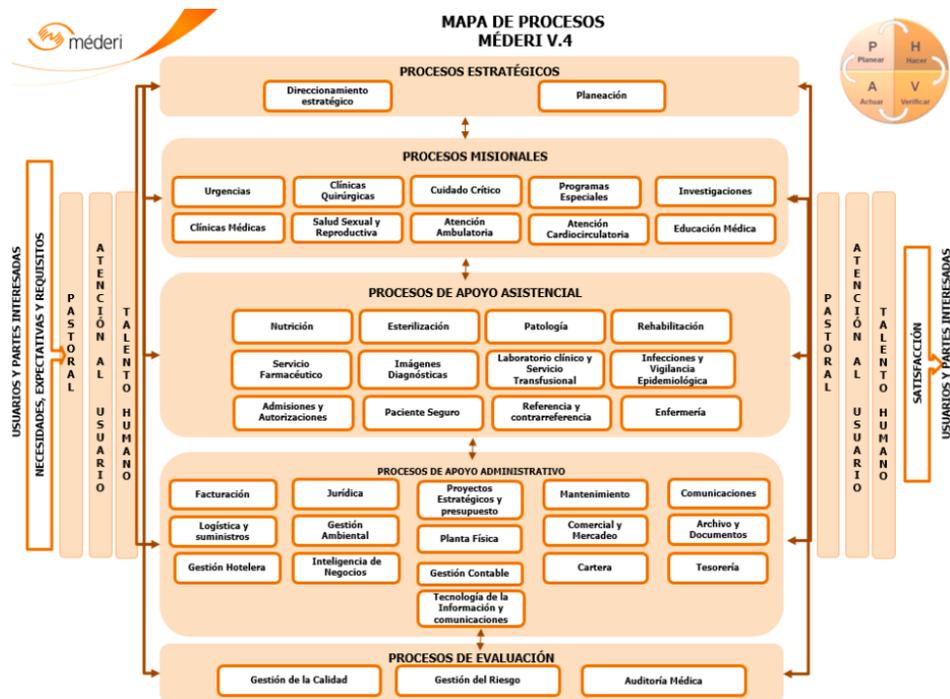


Figura 1. Mapa de procesos de Méderi. Tomado de Méderi (2020). Intranet de la Institución.

PUMP: Plan Único de Mejora por Proceso. El cual agrupa las oportunidades de mejora identificadas con su respectivo plan de acción.

Seguimiento: Consiste en realizar una revisión periódica y objetiva de los avances de las acciones de mejora, en términos de cumplimiento, indicadores y resultados; así como también de las dificultades que se han presentado durante la ejecución de las mismas. En Méderi se definen los siguientes niveles de seguimiento:

- **Autocontrol:** Corresponde al seguimiento que realiza el responsable de ejecutar la actividad y/o responsable de la oportunidad de mejora.
- **Segundo orden:** Corresponde al seguimiento que realiza cada una de las fuentes generadoras de mejora a las oportunidades de mejora reportadas por esta.
- **Tercer orden:** Corresponde al seguimiento que realiza el proceso de Gestión de Calidad, respecto al estado de los planes de mejora institucional y por proceso.

4. Metodología de la Investigación

4.1 Naturaleza del Estudio

4.1.1 Propósito de la investigación.

Esta investigación tiene como propósito identificar los factores que inciden en la apropiación del conocimiento que afecta la calidad de la atención en los procesos misionales de una institución de salud de alta complejidad. Estos hallazgos pueden generar conocimiento que fortalezca el aprendizaje de los profesionales para la interiorización y adherencia de conceptos que una vez aplicados en el quehacer diario faciliten alcanzar estándares superiores de calidad en la atención en salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, esta investigación es de tipo explicativa, ya que según Hernández (2014) este tipo de investigación “Pretende establecer las causas de los sucesos o fenómenos que se estudian” (p. 95).

4.1.2 Paradigma epistemológico.

La presente investigación se enmarca en el paradigma constructivista, ya que se busca describir los factores que inciden en la apropiación del conocimiento que afecta la calidad de la atención en los procesos misionales de una institución de salud de alta complejidad, desde la construcción propia del conocimiento, a través de un método inductivo, con el fin de realizar interpretaciones y análisis a partir de la realidad reflejada en las bases de datos de mejoramiento continuo de la institución. Como lo sustenta Pérez (2005):

En esta perspectiva de investigación, que es eminentemente interactiva, el investigador no solo interactúa con un contexto y con unos actores que observa, sino que lo hace con él mismo como auto observador, mediante procesos reflexivos y autocrítica; lo cual le permite desarrollar el proceso investigativo con flexibilidad, haciendo permanentemente

los ajustes que considere pertinentes en su propósito de lograr la emergencia de nuevas miradas sobre aquello que observa (p.46).

4.1.3 Enfoque de la investigación.

El presente estudio se llevará a cabo mediante un enfoque de investigación cualitativo retrospectivo apoyado con algunos datos cuantitativos que permiten organizar la información para comprenderla mejor, dichos datos numéricos no pretenden generar una ley universal, pero si facilitaran la reflexión y el análisis de oportunidades de mejora del PUMP clasificadas por proceso, con el fin de inferir los factores que inciden en la apropiación del conocimiento que afecta la calidad de la atención en los procesos misionales de una institución de salud de alta complejidad entre 2017 y 2019. Ruiz (2013) afirma que:

El enfoque cualitativo se caracteriza por utilizarse en descubrir y refinar preguntas de investigación, y basarse en métodos de recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones y las observaciones y por su flexibilidad que le permite moverse entre los eventos y su interpretación, entre las respuestas y el desarrollo de la teoría (p.159).

Teniendo en cuenta lo anterior en este estudio se pretende desarrollar conceptos y conocimiento partiendo del análisis de la información registrada en los planes únicos de mejora por procesos, no midiendo variables o experimentado sobre ellas, por lo cual esta investigación se desarrolla dentro de un tipo de estudio de análisis documental. El análisis de datos que mencionamos resulta ser según Rodríguez, Gil y García (1996) “Conjunto de manipulaciones, transformaciones, operaciones, reflexiones, comprobaciones que realizamos sobre los datos con el fin de extraer significado relevante en relación con un problema de investigación” (p.200).

4.2 Diseño Metodológico

4.2.1 Etapas de la investigación.

Para llevar a cabo esta investigación y dar cuenta de los objetivos definidos se desarrolla este proceso metodológico a través del enfoque investigativo hermenéutico descriptivo desarrollando tres etapas: Primero se definirán los documentos que por su relación con la investigación serían objeto de análisis, luego se sistematizará la información escogida por su pertinencia, por último, se realizará el proceso de análisis e interpretación de la información codificada para los procesos misionales, estos pasos corresponden al modelo de análisis que se quiere plantear en esta investigación.

Como lo sustenta Cárcamo (2005) “La hermenéutica, o más bien, quien la utilice deberá procurar comprender los textos a partir del ejercicio interpretativo intencional y contextual” (p.207). Por ello se procura a través de las tres etapas definidas en esta investigación asumir una posición reflexiva frente a la realidad que se refleja en los documentos analizados de mejoramiento continuo permitiendo comprender aspectos que pueden afectar la forma como el personal de los procesos misionales asumen el aprendizaje y apropia conceptos dentro de la institución.

El detalle de cada una de las etapas de la investigación se describe a continuación:

4.2.1.1 *definición de los documentos objeto de análisis.*

Dentro del campo de estudio de esta investigación se contemplan varios documentos institucionales, como son: Planes Únicos de mejorar por proceso, indicadores de gestión de procesos, Actas de reunión de grupos primarios, Bases de datos de personal en un periodo comprendido entre 2017 y 2019. La delimitación de este periodo de tiempo corresponde porque a

partir 2017 se formalizaron en el actual Sistema de Gestión integral de la IPS soportes de mejoramiento continuo.

En el proceso de selección de estos documentos se analizarán todos los descritos anteriormente, pero se logró identificar que los Planes Únicos de Mejora Por proceso son aquellos que más información pueden aportar en relación con el objetivo general de este estudio.

Estos planes únicos de mejora por proceso contienen mucha información, aunque dentro de la más importante se encuentra: Sistema de Referencia, Emisor, Informe, Hallazgo, Descripción, Unidad Auditable (proceso), Fecha registro, ID Atención, Causa, Corrección Inmediata, Origen, Proceso, Indicadores, Ejes de Acreditación, Atributos, Descripción Acción de Mejora, Observaciones, Responsable, Fecha Inicio Planeada, Fecha de Terminación Planeada, Fecha Inicio Real, Fecha Fin Real, Estado, Avance, Atraso (días), Recursos, Presupuesto, Último Seguimiento, Último Seguimiento.

4.2.1.2 sistematización de la información.

Una de las características del análisis documental que se realizará en esta investigación es la sistematicidad de la información, la cual según Gervilla (2004) consiste en “la inclusión o exclusión del contenido en determinadas categorías se hace de acuerdo con unos criterios previamente establecidos” (p. 98).

Inicialmente construiremos las categorías y subcategorías para cada objetivo específico del estudio que servirán para la definición de las variables que se tendrán en cuenta para el análisis de la información.

En la Tabla 3 presentamos el instrumento empleado para la identificación de categorías y subcategorías:

Tabla 3.*Instrumento para la identificación de categorías y subcategorías*

Objetivo general	Objetivos Específicos	Categoría	Subcategoría
Determinar los factores que inciden en la apropiación del conocimiento organizacional específicamente para los procesos misionales de una institución de salud, a través del análisis documental de sus planes de mejora entre el 2017 y 2019, con el fin de mejorar la calidad de la atención.	Analizar oportunidades de mejora que lleven a determinar factores que pueden afectar la apropiación de conocimiento de los profesionales de la salud.	Factores que pueden afectar la apropiación de conocimiento en los profesionales de la salud	
	Identificar factores de la cultura organizacional que afectan la apropiación del conocimiento relacionado con la calidad de la atención en MÉDERI	Factores relacionados con la Cultura Organizacional que afectan la apropiación del conocimiento	

Nota. Elaboración propia.

Posteriormente del sistema de gestión integral se extrae en un archivo de Excel el Plan único de mejora por procesos de los años 2017 al 2019 para los procesos misionales, del cual se seleccionan los hallazgos (Oportunidades de mejora) relacionados a los conceptos: apropiación, adherencia, conocimiento, implementación, junto con los hallazgos se extrae, la descripción, el proceso al que pertenece, la fecha de registro, las acciones de mejora generadas y el análisis causal. Para completar el instrumento, que para el caso de este estudio corresponde a una base de datos y teniendo en cuenta las categorías y subcategorías identificadas para cada objetivo específico, se incluyen los criterios: concepto, factores que pueden afectar la apropiación de conocimiento en los profesionales de la salud, factores relacionados con la Cultura Organizacional que afectan la apropiación del conocimiento; luego de seleccionadas las oportunidades de mejora se definirá el concepto relacionado con apropiación de conocimiento por el cual se seleccionó la oportunidad de mejora y se clasificará por alguna de las dos categorías definidas, registrando la subcategoría que le corresponda.

Los instrumentos diseñados se validarán con un par experto en sistemas de gestión de calidad, un par experto en docencia y un par experto en investigaciones, con el fin de verificar la utilidad, claridad y pertinencia de los mismos.

A continuación, en la Tabla 4 se presenta el instrumento de recolección de información que se empleará y posteriormente en la tabla 5 el instrumento a través del cual se agruparán las subcategorías para cuantificar su frecuencia

Tabla 4.

Instrumento de recolección de información

Hallazgo	Descripción	Fecha registro	Causa	Proceso	Acción de Mejora	Descripción Acción de Mejora	Concepto	Factores que pueden afectar la apropiación de conocimiento en los profesionales de la salud	Factores relacionados con la Cultura Organizacional que afectan la apropiación del conocimiento

Nota. Elaboración propia.

Tabla 5.

Instrumento de agrupación de subcategorías

Código	Frecuencias para la Categoría 1. (Factores que pueden afectar la apropiación de conocimiento en los profesionales de la salud)	Código	Frecuencias para la Categoría 2. (Factores relacionados con la Cultura Organizacional que afectan la apropiación del conocimiento)
1.1		2.1	
1.2		2.2	
1.3		2.3	

Nota. Elaboración propia.

4.2.1.3 *análisis e interpretación de la información.*

Posterior a la sistematización de la información y asignación de los conceptos, factores que pueden afectar la apropiación de conocimiento en los profesionales de la salud y factores relacionados con la Cultura Organizacional que afectan la apropiación del conocimiento, se organizarán las expresiones y se identificará la frecuencia de las subcategorías preestablecidas y las emergentes.

Teniendo en cuenta que las oportunidades de mejora describen un hallazgo respecto a una brecha entre lo esperado y lo que se observa se analiza la causa que genera esta brecha para identificar cual es la subcategoría relacionada, posteriormente se agrupa la información de acuerdo a las subcategorías identificadas entre los investigadores. Una vez con esta información que proporcionará una visión más amplia, se analizará la relación que existe entre las dificultades de apropiación (hallazgos), concepto y las subcategorías, las cuales se convertirán en los factores que inciden en la apropiación del conocimiento de acuerdo a la frecuencia con la que se presenten.

Al identificar las subcategorías que más se repiten se podrán emitir conclusiones frente a los factores que inciden en la apropiación del conocimiento del equipo de salud, como resultado del análisis de las oportunidades de mejora de los procesos misionales de una institución de salud de alta complejidad

4.3 Cronograma de Ejecución

En la Tabla 6 se presenta el cronograma de ejecución del proyecto:

Tabla 6.*Cronograma de ejecución*

ETAPA	PRODUCTO	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8
Definición de los documentos objeto de análisis.	Documento objeto de análisis								
Sistematización de la información	Información sistematizada								
Análisis e interpretación de la información	Información analizada								
Agrupar resultados en tablas y figuras	Tablas y figuras de resultados								
Redactar resultados	Resultados redactados								
Preparar la discusión	Discusión redactada								
Generación de Conclusiones	Conclusiones definidas								

Nota. Elaboración propia.

4.4 Participantes y Contexto

La institución cuenta con un mapa de procesos conformado por 46 procesos, distribuidos de la siguiente manera:

Procesos estratégicos: 2 procesos.

Procesos misionales: 10 procesos.

Procesos de Apoyo Asistencial: 12 procesos.

Procesos de Apoyo Administrativo: 19 procesos.

Proceso de evaluación: 3 procesos.

Esta distribución se puede visualizar en la Figura 1. Mapa de Procesos.

Teniendo en cuenta el objetivo de la investigación que consiste en determinar los factores que inciden en la apropiación del conocimiento organizacional con el fin de mejorar la calidad de la atención en la institución se escogerán los 10 procesos misionales que son los que prestan el

servicio que es la razón de ser de la organización, dichos procesos son: Clínicas médicas, Clínicas quirúrgicas, Programas especiales, Salud Sexual y Reproductiva, Atención Ambulatoria, Urgencias, Cuidado crítico, Atención Cardio Circulatoria, Educación Médica e Investigaciones. Sin embargo, para el desarrollo de esta investigación se seleccionarán los 8 procesos misionales que están de cara a la atención del paciente, es decir se excluirán los procesos de investigaciones y educación médica, ya que, aunque son misionales, están más de cara a la academia, que a la calidad de la atención del paciente.

4.5 Principios y Consideraciones Éticas

Para la realización de esta investigación se cumplen las normas dictadas por la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia. Se clasifica como una investigación sin riesgo, teniendo en cuenta la clasificación que se encuentra en su Artículo 11 y que no se realiza ninguna intervención directa a los pacientes y se emplea un método de investigación documental, retrospectiva. Se obtuvieron los datos de bases de datos existentes en el proceso de gestión de la calidad, generados por el sistema de información de la organización, esta información no contiene datos personales, solo aspectos relacionados a oportunidades de mejora y resultados de indicadores.

Se cumplen en todos los casos principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. Es una investigación en la cual no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables psicológicas, sociales o ambientales de individuos.

Igualmente, se seguirá y salvaguardará el secreto profesional. En ningún momento se empleará, ni se tendrá acceso a la identidad de profesionales de la salud ya que no se requiere para el objetivo del estudio.

4.6 Validez del Estudio

El presente estudio se validará sobre la base de estudios realizados con anterioridad y sus aportes tanto para la construcción de la metodología, así como para los instrumentos de recolección de la información. Adicionalmente se realizará análisis comparativo de los resultados de la presente investigación con los reportados con dichas investigaciones, teniendo en cuenta como parámetros de validación la pertinencia relacionada a que tan conveniente son los resultados en el contexto del sector salud y aplicabilidad de los resultados entendida como el uso de los resultados en una institución de salud de alto nivel de complejidad que está implementando un sistema de gestión de calidad.

REFERENCIAS

- Alkhenizan, A., Shaw, C. (2012). The attitude of health care professionals towards accreditation: A systematic review of the literature. *Journal of Family and Community Medicine, 19*(2), 74-80.
- Alvarez, C. (2011). Construcción de la cultura de calidad en un hospital público, a partir de la gestión humana: tensiones y paradojas. *Universitas Psychologica, 10*(3), 841-853.
- Arcelay, A., Lorenzo, S., Bacigalupe, M., Mira, J. J., Palacio, F., Ignacio, E., ... & Velasco, V. (2000). Adaptación de un modelo de gestión de calidad total al sector sanitario. *Rev Calidad Asistencial, 15*, 184-191.
- Avendaño, R. (2012). Modulaciones legal y administrativa para el sistema general de seguridad social en salud de Colombia de diciembre de 1993 a febrero de 201. *12*, 145-153.
- Bautista Rodríguez, L., Vejar, L., Pabón, M., Moreno, J., Rodríguez, L., León, K. y Bonilla, J. (2016). Grado de adherencia al protocolo de registros clínicos de enfermería. *Revista CUIDARTE 7*(1), 1195-1203.
- Brubakk, K., Vist, G., Bukholm, G., Barach, P. (2015). A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects. *Health Services Research, 15*, 1-10.

Canals, A., Boisot, M., & Cornella, A. (2003). Gestión del conocimiento. *Gestión 2000*.

Cárcamo, H. (2005). Hermenéutica y Análisis Cualitativo. *Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, (23), 204-216.

Cardona, J., y Arango, L. (2009). Importancia de los costos de la calidad y no calidad en las empresas de salud como herramienta de gestión para la competitividad. *Revista EAN* (67),75-94.

Coello, E., Blanco, N., Blanco, K., & Mata, I. (2013). Formación de recursos humanos en el Hospital "Mártires del 9 de Abril", Sagua La Grande. *Edumecentro*, 5(2), 116-129.

Colmenares, L. (2017). Apropriación de estrategias pedagógicas y didácticas en los procesos de enseñanza- aprendizaje en los profesores que incorporan las TIC en el programa tecnología informática, UNIMINUTO, centro regional Soacha —CRS—. *Inventum* 12(22),17-41.

Cónsul, M., & Medina, J. (2014). Strengths and weaknesses of Problem Based Learning from the professional perspective of registered nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(5), 724-730. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3236.2473>

- Flórez, M. (2016). Selección del talento humano frente a la calidad de los servicios de salud en las empresas sociales del estado del departamento de Sucre. *Clío América*, 10(19), 23-30.
- Fontalvo, Tomás. (2017). Eficiencia de las entidades prestadoras de salud (EPS) en Colombia por medio de análisis envolvente de datos. *Ingeniare. Revista chilena de ingeniería* 25(4), 681-92.
- Forrellat, M. (junio, 2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 30(6), 179-183.
- Galvis, L. (2019). Diseño de un modelo de gestión del conocimiento para el área de formación del Programa Integración de Tecnologías a la Docencia de la Universidad de Antioquia. *Revista Interamericana de Bibliotecología*, 43. Recuperado de <https://www.researchgate.net/>
- García, A. (2010). Construcción de la cultura de calidad en un hospital público, a partir de la gestión humana: tensiones y paradojas. *Universitas Psychologica* 10(3), 841-853.
- García, D. (2012). La salud pública en Colombia: Un derecho en vía de reconocimiento. *Revista Médica de Risaralda*, 18, 3, 109-111.
- Gervilla, E. (2004). Buscando valores: El análisis de contenido axiológico. *Perfiles educativos*, 26(103), 95-110.

- Greenfield, D., Braithwaite, J. (2008). Health sector accreditation research: la systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(3), 172–183.
- Hernández Junco, V., Quintana Tápanes, L., Mederos Torres, R., Guedes Díaz, R., García Gutiérrez, B. N., & Cabrera Rosell, P. (2008). Influencia de la cultura organizacional en la calidad del servicio en el Hospital" Mario Muñoz Monroy". *Revista Cubana de Medicina Militar*, 37(3), 1-8.
- Hernández, V., Quintana, L., Mederos, R., Guedes, R., & García, B.(2009). Motivación, satisfacción laboral, liderazgo y su relación con la calidad del servicio. *Revista cubana de medicina militar*, 38(1), 1-8.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Llinás, A. (2010). Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. *Salud Uninorte*, 26(1), 143-154.
- Merchan-Niño, B. (2011). Conocimientos que tiene el profesional de enfermería sobre legislación colombiana en enfermería y el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud. *Revista Cuidarte*, 2(1),175-180.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020, marzo 29). Ministerio de Salud y Protección Social. Normatividad- Salud - Normas.

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx>

Mira, J., Lorenzo, S., Rodríguez, J., Aranaz, J., & Sitges, E. (1998). La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial*, 13(3), 92-97.

Molina, G., Oquendo, T., Rodríguez, S., Montoya, N., Vesga, C., Lagos, N., Almanza, R., Chavarro, M., Goenaga, E., & Arboleda, G. (2016). Gestión del talento humano en salud pública. Un análisis en cinco ciudades colombianas, 2014. *Gerencia y Políticas de Salud*, 15(30), 109-124.

Nagles, N. (2007). La gestión del conocimiento como fuente de innovación. *Revista Escuela de Administración de Negocios*, 61, 77-87.

Neüman, M. I. (2008). Construcción de la categoría “Apropiación social”. *Quórum académico*, 5(2), 67-98.

Numpaqué-Pacabaqué, A., Buitrago-Orjuela, L., Pardo-Santamaría, y D. (2019). Calidad de la atención en el servicio de cirugía ambulatoria desde la percepción del usuario. *Revista de la Facultad de Medicina* 67(2), 235-241.

Ortiz, J., Rendón, M., & Atehortua, J. (2012). *Score de Competencias: Cómo Transformar el Modelo de Competencias de su empresa en un sistema de "Scores" asociado a los procesos clave de su negocio*. Medellín: Palibrio.

Pérez, T. (2005). La perspectiva constructivista en la investigación social. *Revista Tendencias & Retos*, (10), 39-64.

Pinilla, A. (2011). Modelos pedagógicos y formación de profesionales en el área de la salud. *Acta Medica Colombiana*, 36(4), 204-218.

Riveros, J., & Gómez, O. (2013). Nursing staff perception on the strategic processes of early detection and specific protection in ips of Bogota. *Avances en enfermería*, 12, 11-21.

Rodríguez, G., Gil, J., & Garcia, E. (1996). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Malaga: Algibe.

Rodríguez, M., & Costa, J. (2000). Coordinación de los sistemas de gestión de calidad, medio ambiente y salud laboral (parte I). *Harvard Deusto business review*, (97), 54-60.

Roemer, M., & Montoya, C. (1988). Evaluación y garantía de la calidad en la atención primaria de salud. OMS.

Ruiz, M. I. (2011). *Políticas públicas en salud y su impacto en el seguro popular en Culiacán, Sinaloa, México* (Tesis doctoral). Recuperada de <http://www.eumed.net/>.

Sobrinho, F., Ribeiro, H., Alves, M., Manzo, B., & Nunes, S. (2015). Rendimiento en el proceso de acreditación de hospitales públicos de Minas Gerais/Brasil: Influencias para la calidad asistencial. *Enfermería Global*, 14(1), 286-297.

Tobón, S & Núñez, A. (2006). La gestión del conocimiento desde el pensamiento complejo: un compromiso ético con el desarrollo humano. *Revista Escuela de Administración de Negocios*, (58), 27-40.

Tristá, B., & Álvarez, Y. (2009). El trabajo metodológico en la educación superior: Un enfoque desde la gestión del conocimiento y el aprendizaje organizacional. *Revista Pedagogía Universitaria*, 15(4): 67-78, 2010.

<http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliobosquesp/detail.action?docID=3193788>

Villegas, O., Gómez, J., Uriel, J., Román, R., Villa, J., Botero, J., & García, N. (2017). Medición de la adherencia al lavado de manos, según los cinco momentos de la OMS. *Duazary*, 14(2), 169-179.

Yañez, L. (2008). Sistema de gestión de Calidad en base a la ISO 9001. Recuperado de: <http://www.internacionaleventos.com/Articulos/ArticuloISO.pdf>