



**APROXIMACIÓN A UN MODELO METODOLÓGICO ORIENTADO A
LOS PROCESOS DE GESTIÓN DE CONOCIMIENTO GENERADORES DE
VALOR EN ORGANIZACIONES DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA**

GUSTAVO ENRIQUE ROJANO AMADOR

JORGE ENRIQUE CORREA STAHELIN

HOLMAN LEONARDO REYES JIMÉNEZ

TRABAJO DE GRADO

MAGISTER EN DIRECCION

TRABAJO DE GRADO

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO - ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN

BOGOTÁ

2014



***APROXIMACIÓN A UN MODELO METODOLÓGICO ORIENTADO A
LOS PROCESOS DE GESTIÓN DE CONOCIMIENTO GENERADORES DE
VALOR EN ORGANIZACIONES DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA***

GUSTAVO ENRIQUE ROJANO AMADOR

JORGE ENRIQUE CORREA STAHELIN

HOLMAN LEONARDO REYES JIMÉNEZ

TRABAJO DE GRADO

TUTOR:

DR. DIEGO CARDONA

MAGISTER EN DIRECCION

TRABAJO DE GRADO

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO - ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN

BOGOTÁ

2014

DEDICATORIA

A Dios

A nuestras familias

A nuestra Alma Mater

A nuestro país

AGRADECIMIENTOS

Gracias a la Universidad del Rosario por la disposición de los recursos académicos y del excelente equipo de personas que dedicaron su tiempo para impartir a su mejor saber el conocimiento al servicio del cumplimiento de nuestras metas.

Es un honor para nosotros haber estado presentes en un programa de tan alta calidad el cual cada momento de nuestras vidas estará enfocado en lograr el mejor de los provechos tanto en nuestro enfoque personal como laboral.

A nuestros familiares, amigos y compañeros de estudio por brindarnos siempre el apoyo y buenos deseos para culminar esta etapa académica de nuestra vida.

Contenido

| | |
|--|-----------|
| ABREVIATURAS | 12 |
| RESUMEN | 14 |
| ABSTRACT | 15 |
| INTRODUCCIÓN | 16 |
| 1. ANTECEDENTES | 17 |
| 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 20 |
| 2.1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO | 20 |
| 2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 20 |
| 2.3. SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA | 22 |
| 3. OBJETIVOS | 23 |
| 3.1.1. GENERAL | 23 |
| 3.1.2. ESPECÍFICOS | 23 |
| 1. | 23 |
| 4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN | 24 |
| 5. MARCO TEÓRICO | 25 |
| 5.1.1. GENERACIÓN DE VALOR | 26 |
| 5.1.2. LA GESTIÓN DE CONOCIMIENTO | 32 |
| 5.1.3. LA GESTIÓN Y CREACIÓN DE VALOR | 46 |
| 6. METODOLOGÍA | 55 |
| 6.1. PROPUESTA A LA APROXIMACIÓN METODOLÓGICA | 55 |
| 6.2. VALIDACIÓN | 56 |

| | |
|---------------------------|-----------|
| CONCLUSIONES | 63 |
| BIBLIOGRAFÍA | 64 |

Índice de tablas

| | |
|--|-----------|
| TABLA 1 CAPACIDAD PARA LA GESTIÓN DE CONOCIMIENTO EN SISTEMAS DE SALUD POR GRUPOS DE PAÍSES 1999 A 2003 | 21 |
| TABLA 2 ORGANIZACIONES ACREDITADAS EN COLOMBIA | 31 |
| TABLA 3 SITUACIÓN 2011 | 59 |
| TABLA 4 SITUACIÓN 2012 | 59 |

Índice de graficas

| | |
|--|-----------|
| GRAFICO 1 TIERRA, TRABAJO, CAPITAL Y CONOCIMIENTO | 34 |
| GRAFICO 2 VENTAJA COMPETITIVA SOSTENIBLE | 35 |
| GRAFICO 3 CICLO DE LA INFORMACIÓN | 43 |

ABREVIATURAS

AE: Amortización Económica.

AM: Amortización contable de los activos fijos.

ARP: Administradora de Riesgos Profesionales.

BE: Beneficio económico.

BFO: Beneficio Económico Contable.

CVA: Cash Value Added – Valor agregado del dinero.

D: Deuda.

E: El valor de mercado de las acciones.

EPS: Empresa Promotora de Salud.

EU: Empresa Unipersonal.

EVA: Economic Value Added – valor económico agregado.

Evc: Valor Contable de las Acciones.

GC: Gestión de Conocimiento.

ICONTEC: Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación

IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios.

ISO: Organización Internacional de Normalización.

Ke: Rentabilidad exigida a las acciones.

MVA: Market Value Added – valor agregado del mercado.

NOPAT: Net Operating Profit After Taxes - Margen operacional después de impuestos.

SELA: Sistema Económico Latinoamericano y del Caribe

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

WACC: Coste promedio de los recursos.

RESUMEN

En las organizaciones del sector salud en Colombia, se realizan procedimientos que a pesar de ser homólogos entre ellos, no se discriminan ocasionando que no siempre se escoja el que genere mejores resultados, no solo desde el punto de vista médico sino también de la dirección que se ejerce en las organizaciones la cual debe estar en función de optimizar cualquiera de los procesos propios de la actividad, en este caso, en busca de generación de valor usando como vía la apropiada GC, éste documento está orientado a demostrar que la GC aporta herramientas que permiten desarrollar la aproximación a un modelo metodológico que procura facilitar la elección de procedimientos en salud si se toman los costos asociados como criterios relevantes del análisis, se seleccionaron como instrumento de demostración a los procesos denominados Traqueostomía Quirúrgica y Traqueostomía Percutánea la intención de desarrollar una aproximación a un modelo metodológico orientado a los procesos de gestión de conocimiento generadores de valor en organizaciones del sector salud en Colombia.

Palabras clave: Organizaciones de salud; generación de valor; gestión de conocimiento.

ABSTRACT

In the organizations from the healthy sector in Colombia different procedures are carried out. Although these procedures can be similar, they are not well differentiated, what has caused that it is usually chosen the one that doesn't generate the best results not only from a medical point of view but also from the management perspective.

It is precisely this last perspective the one that is called to optimize any process in any enterprise; but in this specific context it aims to generate value through the appropriate GC.

That's the reason why this study intends to demonstrate that the GC provides tools that allow the choice of healthy procedures in an easier way if the associated costs as well as the analysis criteria are taken into account. To develop this study, the demonstration instruments used were the processes known as the surgical tracheotomy and the percutaneous tracheotomy.

Keywords: Health Organizations, value creation, Knowledge Management.

INTRODUCCIÓN

Este documento ilustra los conceptos de generación de valor y GC desde las perspectivas de reconocidos autores cuyos aportes se incluyen y mencionan a lo largo del texto; por anunciar algunos: Michael Porter, Linda T. Kohn, Janet M_[Y1]. Corrigan, Molla S. Donaldson, Peter F. Drucker destacados en diferentes áreas fundamentalmente económicas y administrativas, se construye una aproximación a un modelo de gestión que procura administrar la GC en procesos médicos, los cuales son seleccionados a razón que su objetivo en el paciente sea el mismo pero los costos, riesgos y otras variables que sean comparables en éste caso usando tablas que reúnan información de los recursos que cada uno de ellos requiere. Los valores reunidos responden a la información disponible sobre los procesos entre 2012 y 2013 con el objeto de favorecer tanto a las pacientes como a las organizaciones en salud en Colombia en general, desarrollado por los autores de éste material.

La preocupación central gira en torno a la generación de valor en las organizaciones del sector salud en Colombia, gracias a la adecuada GC que a éstas les compete. Este documento busca proporcionar a los directores de las organizaciones de salud herramientas que soporten con criterio la toma de una decisión en la selección de un procedimiento en salud a partir de argumentos alineados a una aproximación de un modelo metodológico que son obtenidos gracias a la discriminación de los costos asociados, los resultados obtenidos buscan mejorar las expectativas en los resultados para la organización, además que se implante el proceso seleccionado hasta que la técnica presente uno nuevo con otros diferenciales, claro está, sin deteriorar la calidad del servicio tampoco se debe permitir que el resultado genere riesgos a las condiciones de los pacientes. Se debe partir de la premisa que se busca dar una empatía universal a la aproximación metodológica que se propone desarrollar indiferente a las características y comportamientos propios de cada organización de salud_[Y2].

1. ANTECEDENTES

En las organizaciones del sector salud en Colombia no se aprecia el desarrollo de estrategias de competencia con base en los planteamientos propios de la diferenciación propuestos por Porter, según los cuales en un mercado normal, la competencia impulsa la mejora de la calidad o el costo (Porter , 2004). Porter junto a Olmsted apuntan que la rápida innovación conduce a la rápida difusión de las nuevas tecnologías. Competidores excelentes prosperan y crecen, mientras que los rivales más débiles se reestructuran o se quedan sin trabajo. La calidad ajusta los precios caídos, el valor mejora y el mercado invierte para satisfacer las necesidades de más clientes. (Porter & Olmsted, 2006).

Es pertinente mencionar que la competencia entre las organizaciones del sector salud en Colombia no se ha orientado a estrategias enfocadas a la consecución de un mayor beneficio fundamentado en formación, consecución y retención del capital intelectual que finalmente es un potencial diferenciador y que en buena parte depende de la organización aprovechar al máximo sus capacidades, mediante la generación de un entorno adecuado. Lo anterior ha sido explicado por expertos en la materia, como Jericó (2001) quien señala que una de las leyes naturales del capital intelectual es que este obtiene los mayores resultados a través de la interacción. Si la organización facilita la interacción, actuará como un efecto multiplicador. Si por el contrario, en vez de facilitar, la limita, no solo la organización no innovará, sino que además correrá el peligro de que capital intelectual no encuentre alicientes en su trabajo, y disminuyan su compromiso.

Además de los niveles de formación de los profesionales en salud, las organizaciones también cuentan con la posibilidad de realizar la gestión pertinente a obtener certificados de acreditación que de manera general están orientadas hacia la calidad que hacen énfasis en el desarrollo de actividades demostrables, mediante el desarrollo de procesos organizacionales que alcancen niveles

similares a las establecidas por las normas ISO, esta calificación tiene el potencial de ser obtenida gracias a una apropiada GC. Respecto a la orientación en calidad de los servicios de salud Malangón, Galán & Pontón (2006) realizan una extensa revisión y señalan la importancia, por parte de la organización, de cumplir con los temas concernientes a infraestructura, dotación, recursos y puntualizan que el recurso humano es factor definitivo en el proceso.

El objetivo de la generación de valor lleva a considerar que las organizaciones del sector salud en Colombia tienen poco o nulo interés en la conservación y optimización del capital intelectual, actitud que disminuye sentido de pertenencia para con la organización. Las consecuencias que deben asumir las organizaciones del sector respecto a la indiferencia sobre la capacitación de su capital intelectual son por un lado una alta rotación y un desempeño por debajo del óptimo al que se podría obtener si se desempeñase dentro de un adecuado lineamiento de clima organizacional. (Gossaín, 2012).

La manera de alcanzar una adecuada estabilidad económica y a la vez brindar una óptima atención en salud es mediante la generación de valor a través de una atención integral, que a su vez se logrará gracias a la especialización en aquellas patologías que se decida con base en la experiencia (Porter & Olmsted, 2006).

Ignorar los beneficios de la GC puede condenar al fracaso económico a las organizaciones del sector salud en Colombia, como ya ocurrió, con el Instituto del Seguro Social en el año 2007 (Gutiérrez, 2007)

La GC ha sido considerada como una herramienta en la generación de valor en las organizaciones, en el mundo académico se destacan varios autores que se aproximan a esta noción, como Peter Drucker, aunque no sea reconocido como un experto en el tema de GC, aglutina un concepto relevante, los trabajadores del conocimiento cuyas palabras se rescatan en una obra destinada

a compilar los artículos de la fundación que lleva su nombre, “Los knowledge-workers son voluntarios y sólo una misión clara los atrae y aglutina” (Hesselbein & Cohen, 2001) este concepto orienta a que la responsabilidad en la generación de conocimiento es organizacional.

En primer orden es necesario resaltar los actores que intervienen en el proceso de generación de valor en organizaciones del sector salud en Colombia bien sea directa o indirectamente: el gobierno, los aseguradores, sean de característica pública (EPS) o de origen privado (Salud prepagada), los pacientes, las IPS, las ARP, personal asistencial (médico, enfermería y otros involucrados en la atención) y los proveedores (laboratorios, organizaciones de aseo, alimentación y mantenimiento), sin embargo son otros sectores los que han avanzado notablemente en la GC. Ejemplo de lo anterior lo brinda las herramientas que las organizaciones del sector salud en Colombia ha tomado de otros sectores como el de la aviación para la implementación de los programas de seguridad del pasajero (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000)

En Colombia el esfuerzo por establecer la directriz de la apropiación del conocimiento está dirigido por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones registrado en el informe titulado Modelo de Gestión del Conocimiento e Innovación Abierta (Open Innovation) para el Subsistema de Innovación para el Uso y Apropiación de TIC en el Gobierno de julio de 2012 cuya propuesta muestra la metodología para la GC en Colombia, aunque se expone que diferentes sectores ilustran casos de aplicación, no se detecto un informe oficial que muestre resultados estadísticos de los sectores que involucran a la GC como recurso de la organización, un listado de ellos o una descripción cronológica de aplicación^[Y3].

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Actualmente hay en Colombia varias organizaciones en salud intervenidas (Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, 2011) lo que demuestra la necesidad de reorientar el enfoque actual y considerar la implementación de modelos basados en la generación de valor a partir del conocimiento (una posibilidad real que se presenta en estas organizaciones al tener en cuenta en alto grado de preparación académica y experiencia que se requiere en el área asistencial por parte del profesional médico, de enfermería, bacteriología y los demás propios de las organizaciones del sector salud), una adecuada GC en el sector salud del país es una propuesta orientada a disminuir el número de intervenciones por parte de los organismos de control enfocados a determinar cómo se crea valor encontrando que la meta correcta se encuentra en la búsqueda del paciente de valor superior. (Porter & Olmsted (2006). No está demostrado que las organizaciones están intervenidas por problemas de GC pero se propone como una de las **causales**^[Y4].

2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La dirección de las organizaciones del sector de salud en Colombia, requieren de metodologías que aporten la ruta adecuada para la selección de los procedimientos médicos, con el objeto de poder decidir cuál de ellos es el apropiado teniendo como objetivo la generación de valor, sin dejar de lado los parámetros calidad que se exigen. Es el camino que resuelve la problemática de cómo lograr la generación de valor gracias a la GC, proceso que responde a los aportes de diferentes profesionales dependiendo de su perfil profesional, este planteamiento genera la siguiente pregunta: ¿Cómo una aproximación metodológica puede facilitar la decisión de la selección de un procedimiento **adecuado**^[Y5]?

El siguiente cuadro muestra la tendencia de los recursos para ejercer actividades de investigación dependiendo del nivel de ingresos de los países según un informe del FORO MUNDIAL EN INVESTIGACIÓN EN SALUD donde se evidencia la necesidad de involucrar más al personal disponible de las organizaciones^[Y6].

| INGRESOS | PROMEDIO | BAJOS INGRESOS | INGRESO MEDIO | INGRESO ALTO |
|--|-----------|----------------|---------------|--------------|
| Investigadores por millón de habitantes | 1,6 | 1,3 | 1,4 | 3,7 |
| Financiación externa como porcentaje del gasto en salud. | 0,017% | 0,033% | 0,007% | 0,018% |
| Ningún o raro acceso a computadores | 8% | 12% | 6% | 2% |
| Sin acceso a Internet | 4% | 8% | 13% | 0% |
| Cantidad de financiación por proyecto por año | \$77,594 | \$101,869 | \$36,403 | \$80,975 |
| Financiación por investigador por año | \$16,487 | \$19,409 | \$8,728 | \$23,559 |
| Proyectos en ejecución por institución | 3,2 | 2,6 | 3,4 | 4,0 |
| Financiación anual de proyectos por institución | \$248,118 | \$267,995 | \$122,859 | \$329,661 |
| Investigadores por institución o unidad | 9 | 8 | 10 | 9 |
| Investigadores de tiempo completo | 72% | 80% | 68% | 65% |
| Investigadores con doctorado | 24% | 23% | 26% | 20% |
| Duración de proyectos (en meses) | 15 | 16 | 14 | 17 |
| Proyectos de menos de un año | 56% | 58% | 59% | 49% |
| Investigadores involucrados por proyecto | 2,8 | 3,0 | 3,0 | 2,3 |

Fuente: Global Forum for health Research, 1999

Tabla 1 CAPACIDAD PARA LA GESTIÓN DE CONOCIMIENTO EN SISTEMAS DE SALUD POR GRUPOS DE PAÍSES 1999 A 2003

2.3. SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

Se establece la sistematización del problema desde la perspectiva de los planteamientos de Carlos E. Méndez en su obra Metodología donde define que se formula por medio de subpreguntas que el investigador plantea sobre temas específicos que se han observado en el planteamiento del problema (Méndez, 1992)

Se espera desarrollar una metodología que muestre la forma en que la GC promueva la GV puesto que es una forma de materializar económicamente lo intangible del conocimiento por tanto ¿La metodología que se propone diseñar, identifica cómo la GC promueve la GV?

Se podría llegar a establecer la relación ente la GC y la GV por diferentes vías como el estudio de caso, la construcción de modelos u otros procesos académicos el proceso seleccionado en realizar una aproximación metodológica responde a la disponibilidad de información y recursos para su desarrollo ¿Cuál sería una aproximación metodológica apropiada para la generación de valor mediante la GC_[Y7]?

3. OBJETIVOS

3.1.1. GENERAL

Proponer una metodología orientada a los procesos de GC generadores de valor en organizaciones del sector salud en Colombia.

3.1.2. ESPECÍFICOS

Comparar los costos asociados a los procedimientos médicos que se quieren evaluar con el objeto de descartar el menos conveniente para las organizaciones de salud en Colombia sin deteriorar la calidad de la atención ni el bienestar de los pacientes enfocados a optimizar la utilidad de la organización desde una perspectiva financiera

Demostrar que es posible desarrollar una propuesta metodológica que pueda ser usada por las organizaciones de salud en Colombia gracias a la eficiente GC orientado a la generación de valor^[Y8].

4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Se seguirán las recomendaciones de la metodología de estudio de caso como lo define Piedad Cristina Martínez “las investigaciones realizadas a través del método de estudio de caso pueden ser: descriptivas, si lo que se pretende es identificar y describir los distintos factores que ejercen influencia en el fenómeno estudiado” (Pensamiento y Gestión, N° 20 2006 El método de estudio de caso Estrategia metodológica de la investigación científica Piedad Cristina Martínez Carazo) la propuesta se centra a enfocarse en una aproximación metodológica.

Se realizó minería de datos en las organizaciones del sector salud en Colombia. Se utilizó la información recopilada por Jaramillo y La Torre donde se destaca la producción científica relacionada con las publicaciones realizadas y que de la información descrita por éstos autores se llega a considerar a las organizaciones del sector salud en Colombia como “...complejo de generación y GC”(Jaramillo & La Torre, 2008).

Se desarrolló una relación entre los hallazgos del estudio mencionado y la propuesta de generación de valor mediante la GC. Se argumentó la necesidad de publicar los resultados y se mostraron los beneficios a las organizaciones del sector salud en Colombia con el ánimo de persuadirles a utilizar este documento como guía para la GC en aras de promover la generación de valor.

Se realizó una revisión de la literatura pertinente que integrara a los conceptos de GC y generación de valor, que se ajustara a las necesidades del modelo propuesto que se enfoca a las organizaciones del sector salud en Colombia por la necesidad de adaptarse al contexto.

La investigación se centra en la disposición de datos obtenidos en una organización del sector salud en Colombia, orientado a la metodología de estudio de caso, específicamente en una organización de salud de la ciudad de Bogotá de

la que se reserva el nombre por motivos de políticas administrativas en relación con la confidencialidad de la información.

Ésta selección delimita el universo de la muestra de estudio bajo la consideración de su interés en diferenciarse como parte de su estrategia para competir usando como diferenciador la calidad con el propósito de sobresalir en el sector [Y9].

5. MARCO TEÓRICO

El marco teórico se basa en unas propuestas teórico conceptuales, planteadas, se desagrega en 3 categorías principales partiendo del concepto de Generación de valor donde se expondrán las posiciones de diferentes autores, en segundo orden encontramos la Gestión del Conocimiento que es el recurso que se propone explotar promover la Generación de valor, finalmente encontraremos una relación entre la Generación de Conocimiento y la Generación de Valor en cuanto encontramos relevante la ilación entre los conceptos como argumento que aporta elementos que resuelven las necesidades al diseño de una aproximación a un modelo metodológico orientado a los procesos de Gestión de Conocimiento generadores de valor en organizaciones del sector salud en Colombia

Anualmente el Sistema Económico Latinoamericano y del Caribe (SELA) realiza un informe para la Reunión Ordinaria del Consejo Latinoamericano y en el 2013 se establecieron las siguientes variables de análisis en la Gestión del Conocimiento de la región: En América Latina y el Caribe, a las asimetrías de carácter estructural, relativas a: i) el tamaño de la economía; ii) el acceso a infraestructura; iii) condiciones geográficas; se suman las debilidades en la incorporación tecnológica a los procesos productivos y económico–sociales y a la gestión del conocimiento y la innovación, lo que profundiza las asimetrías al interior de los Estados Nacionales, intrarregionales, y de la región con el resto del

mundo. Tales asimetrías dificultan el tránsito de los países latinoamericanos y caribeños a la Sociedad del Conocimiento.

La reducción de las asimetrías es una condición necesaria para la sostenibilidad y legitimidad de los procesos de integración (SELA, 2013)

5.1.1. GENERACIÓN DE VALOR

Una aproximación ampliamente aceptada del significado que concierne a la generación de valor está asociada al desarrollo conceptual de la cadena de valor propuesto por Michael Porter, quien propone en su obra Ventaja competitiva: creación y sostenimiento de un desempeño superior que las organizaciones deben desagregar sus actividades procurando comprender mejor el comportamiento de los costos y la existencia de potenciales fuentes de diferenciación, también apunta que la cadena de valor difiere entre las industrias, las cuales reflejan su historia, su estrategia y su éxito de implementación Porter (1985_[y10])

Gracias a la relación propuesta con la cadena de valor tomado del trabajo de Porter, permite resolver los siguientes cuestionamientos: ¿pueden las organizaciones del sector salud en Colombia ser dirigidas con base en la GC como factor generador de, diferenciación, competitividad y perdurabilidad?; ¿Cuál es el enfoque de planeación y toma de decisiones en las organizaciones del sector salud en Colombia actualmente?; ¿Cómo puede reorientarse el esquema actual de dirección para lograr el máximo aprovechamiento del capital intelectual?. Son cuestiones relacionadas directamente con el problema central de este ejercicio, Porter propone dos opciones estratégicas, por un lado propone que las organizaciones deben competir con precio destacándose aquellas que ofrecen la mejor opción en el mercado, el otro lado de la moneda lo manifiesta con la diferenciación, esta cualidad es la que se busca motivar pues es razonable que las organizaciones compitan con argumentos propios de la calidad como diferenciador

para incentivar la generación de valor, el trabajo de Porter simplifica los conceptos requeridos para solventar éstas preguntas.

Ademas en *Redefining health care*, Porter & Olmsted (2006) proponen un enfoque centrado en la generación de valor a través de una prestación de servicios centrada en procesos puntuales.

Quintero (2011) apunta una situación que desvirtúa los esfuerzos desde el punto de vista de la gestión haciendo énfasis en la priorización de los resultados financieros por encima de los clínicos, por tanto concluye que del músculo financiero surge la posibilidad de financiar investigaciones en el futuro. El mismo autor puntualiza que el gran reto de la GC es trascender lo individual. Para ello se requieren sistemas de información y tecnología, así como minería de datos, que produzcan información y conocimiento a través del análisis de la experiencia acumulada.

El sistema de contratación de diferentes organizaciones requieren capital intelectual altamente capacitado, regulado por la ley 1562 del 11 de julio de 2012.

Sin embargo; los documentos relacionados con el tema son de carácter descriptivo, éste proyecto propone una aproximación de una metodología ausente en las organizaciones de salud que facilite el vínculo entre la GC y la generación de valor, la ley 100 de 1993 marca el punto de partida de la propuesta.

A pesar de las limitaciones, debe señalarse que algunas organizaciones del sector salud en Colombia han apuntado a diferenciarse mediante el desarrollo de procesos de calidad y han demostrado su compromiso al hacerse acreedoras de certificaciones de acreditación ISO 9000, usualmente a través del ICONTEC. A julio de 2013 en Colombia se han acreditado 45 organizaciones que ostentan dicha certificación (ver tabla 2).

Es posible anticipar que para que la acreditación y otras certificaciones de calidad, como la que desarrolla actualmente por el Centro de Gestión Hospitalaria denominada Centros de Excelencia (Castaño, 2011) actualmente Organización para la Excelencia de la Salud (OES) , se conviertan en verdaderos motores de calidad y diferenciación, dependerá de que quienes trabajan en función del cliente, se encuentren verdaderamente convencidos y comprometidos con la organización y alineadas con su estrategia competitiva y diferenciadora^[Y11].

Principio 1: Enfoque al cliente.

Principio 2: Liderazgo.

Principio 3: Participación del personal.

Principio 4: Enfoque basado en procesos.

Principio 5: Enfoque de sistema para la gestión.

Principio 6: Mejora continúa.

Principio 7: Enfoque basado en hechos para la toma de decisión.

Principio 8: Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor.

ISO/TC 176 – Gestión de la calidad y aseguramiento de la calidad, responsable del desarrollo y mantenimiento de las normas ISO 9000.

Aunque los principios de la norma ISO 900 no hacen ninguna referencia a la GC, comparte características propias definidas en el documento, además se relaciona este hecho con el Sistema de Garantía de Calidad vigente en Colombia para las organizaciones de salud en la medida que la norma es universal y compete a todos los sectores^[Y12].

Organizaciones Acreditadas en Colombia

| 2013 |
|--|
| Clínica Universidad de la Sabana (Julio 17) |
| Clínica Nueva-Congregación de Dominicas de Santa Catalina de Sena (Julio 17) |
| Fundación Clínica Shaio (Mayo 15) |
| Fundación Hospital Universitario de San José (Enero 30) |

| 2012 |
|--|
| Fundación Valle de Lilli. Diciembre 12. Acreditada con excelencia. |
| Hospital Pablo Tobón Uribe (Octubre 31-3er Cilco). Acreditado con excelencia. |
| Instituto del Corazón-Unidad de negocios de la Fundación Cardiovascular de Colombia (Junio 20-3er Ciclo) |
| Clínica del Country (Agosto 22) |
| Virrey Solís IPS (Marzo 9) |
| ESE Hospital San Francisco de Viotá (Febrero 3) |
| Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, E.S.E Bogotá (Febrero 3) 2o Ciclo |

| 2011 |
|---|
| Clínica Medellín S.A. (Octubre 19) |
| Fundación Valle de Lili, Cali (Julio 5) 2o Ciclo |
| Hospital Fundación Santa Fe de Bogotá (Julio 5) 2o Ciclo |
| Hospital Civil de Ipiales ESE (Julio 5) |
| Clínica Reina Sofía (Junio 1) |
| Clínica del Occidente S.A. (6 Mayo) Segundo ciclo de acreditación |
| Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt (Marzo 11) |

| 2010 |
|---|
| E.S.E Hospital del Sur "Gabriel Jaramillo Piedrahita (Febrero 23) Segundo Ciclo de Acreditación |
| Hospital Pablo IV Bosa ESE Bogota (Marzo 23) Segundo Ciclo de Acreditación |
| Centro Médico Imbanaco de Cali S.A. (Julio 28) Segundo ciclo |
| Fundación Cardioinfantil - Instituto de Cardiología (Marzo 23) |
| Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl (Abril 29) |
| Hospital Manuel Uribe Ángel ESE Envigado (Abril 29) |
| Fundación Oftalmológica de Santander Clínica Carlos Ardila Lülle FOSCAL Bucaramanga (Abril 29) |
| Hospital Universitario Departamental de Nariño Pasto(Julio 28) |

| 2009 |
|--|
| Laboratorio Clínico Continental Ltda. (Septiembre 30) |
| C.P.O. S.A. Centro Policlínico del Olaya (mayo 28) Nuevo Ciclo de Acreditación |
| Hospital Nazareth E.S.E. Bogotá (mayo 26) |
| Hospital General de Medellín "Luz Castro de Gutierrez"ESE (febrero 25) Nuevo ciclo de acreditación |
| Fundación Santa Fe de Bogotá (marzo 12) Nuevo ciclo de acreditación |

| 2008 |
|--|
| Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín (Septiembre 2) Institución Acreditada con Excelencia |
| Clínica de Oftalmología de Cali, Sede Principal, Santa Mónica y Prado (septiembre 2) |
| Instituto del Corazón de la Fundación Cardiovascular de Colombia (abril 30) Nuevo Ciclo de Acreditación |
| Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, E.S.E Bogotá (enero 30) |

| 2007 |
|---|
| Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá (julio 25) |
| Fundación Valle de Lili, Cali (julio 25) |
| Clínica de Occidente, Bogotá (abril 18) |

| 2006 |
|--|
| Clínica el Rosario de Medellín. (noviembre 30) |
| Hospital San Vicente de Paul, Santa Rosa Cabal, Caldas. (septiembre 29) |
| Centro Médico Imbanaco de Cali S.A (abril 26) |
| Hospital Pablo VI de Bosa, sede CAMI (febrero 14) |
| Centro Policlínico del Olaya, Bogotá (febrero 14) |
| Hospital París Acevedo Fontidueño, sede Hospital Zamora, del municipio de Bello (febrero 14) |

| 2005 |
|--|
| Hospital Del Sur “Gabriel Jaramillo Piedrahita” en Itaguí. (noviembre 30) |
| Hospital General de Medellín (noviembre 11) |
| Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín (junio 29) |
| Instituto del Corazón de la Fundación Cardiovascular de Colombia (enero 19) |

FUENTE: INCONTEC 2013 [HTTP://WWW.ASIVAMOSENSALUD.ORG/INIDICADORES/SERVICIOS-DE-SALUD/GRAFICA.VER/23](http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/servicios-de-salud/grafica.ver/23)

Tabla 2 ORGANIZACIONES ACREDITADAS EN COLOMBIA

5.1.2 LA GESTIÓN DE CONOCIMIENTO

Es apropiado delimitar el concepto de GC en el ámbito que compete a este ejercicio académico indicando que hace referencia a la apropiada utilización de los recursos existentes en las organizaciones del sector salud en Colombia orientados a la generación de valor. Esta premisa busca contextualizar que el conocimiento en sí, es un recurso susceptible de ser gestionado (Cabrera Izquierdo & Rincon Hercules, 2001).

El conocimiento se encuentra en la mente de los individuos, se adquiere mediante un aprendizaje usualmente formal y experiencias vividas y brinda la capacidad de actuar y tomar decisiones basados en éste. Señala Chiavenato (2011) que la gestión del conocimiento se refiere a crear, identificar, integrar, recuperar, compartir y utilizar el conocimiento dentro de la organización, que implica tres desafíos: 1.- Crear una infraestructura administrativa del conocimiento, 2.- construir una cultura del conocimiento y 3.- administrar resultados.

Para entender la importancia en el manejo de los trabajadores del conocimiento, es indispensable aproximarse a las consideraciones de autores como Drucker (2002) que señaló que son el mayor pasivo.

El conocimiento es adquirido y creado por los individuos, para que la organización logre un aprovechamiento de dicho conocimiento deberá contar con la estructura enfocada en el enriquecimiento generado por éste. De esta consideración surge la necesidad del desarrollo de una estrategia en la GC y a partir de esta, el potencial para generar valor organizacional “la GC simboliza la aplicación sistemática del entendimiento científico acerca de cómo el conocimiento se convierte en el recurso de una estrategia deliberada individual, organizacional y/o social para optimizar la producción” (Carrillo, 1999). En el ámbito médico, citando nuevamente a Porter (fecha), el desarrollo de conocimiento y los

resultados obtenidos pueden necesariamente estar a disposición de la sociedad tanto científica, como de la población en general.

En los últimos años, el conocimiento ha sido un recurso cada vez más importante en la vida y el desarrollo de las organizaciones de carácter privado y posteriormente en públicas (Chiavenato, 2011). El conocimiento ha conseguido un lugar especial en la dirección de las organizaciones debido al desarrollo de la tecnología y de los sistemas de recolección y distribución de la información. (Bustelo & Amarilla, 2001).

La GC es una tendencia que permite enfrentar ese mundo globalizado que moldea la Sociedad de la Información. La GC es “todo el conjunto de actividades realizadas con el fin de utilizar, compartir y desarrollar los conocimientos de una organización y de los individuos que en ella trabajan a la mejor consecución de sus objetivos.” (Bustelo & Amarilla, 2001).

Según Saffady (2000) la GC es un “campo multidisciplinar que recurre a una variedad de actividades de negocios y especializaciones académicas (...) que se preocupa por la gestión sistemática, efectiva y la utilización de los recursos de conocimiento de la organización.

Dichos recursos han sido la tierra, el capital y el trabajo (Perdices, Fernández, Ramos, San Emeterio&Trincado,2006). Las diferentes ventajas que se crean dependiendo de la riqueza o escasez de dichos factores frente a otros productores de bienes y servicios son las explicaciones que la economía le han dado al desarrollo del comercio y del mundo organizacional.

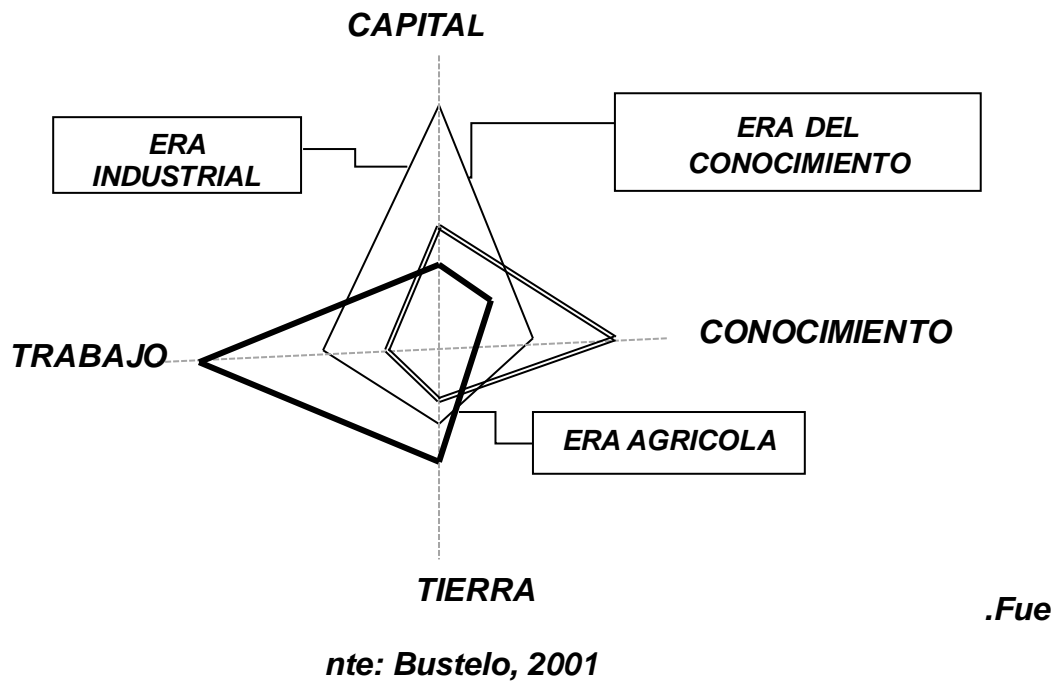
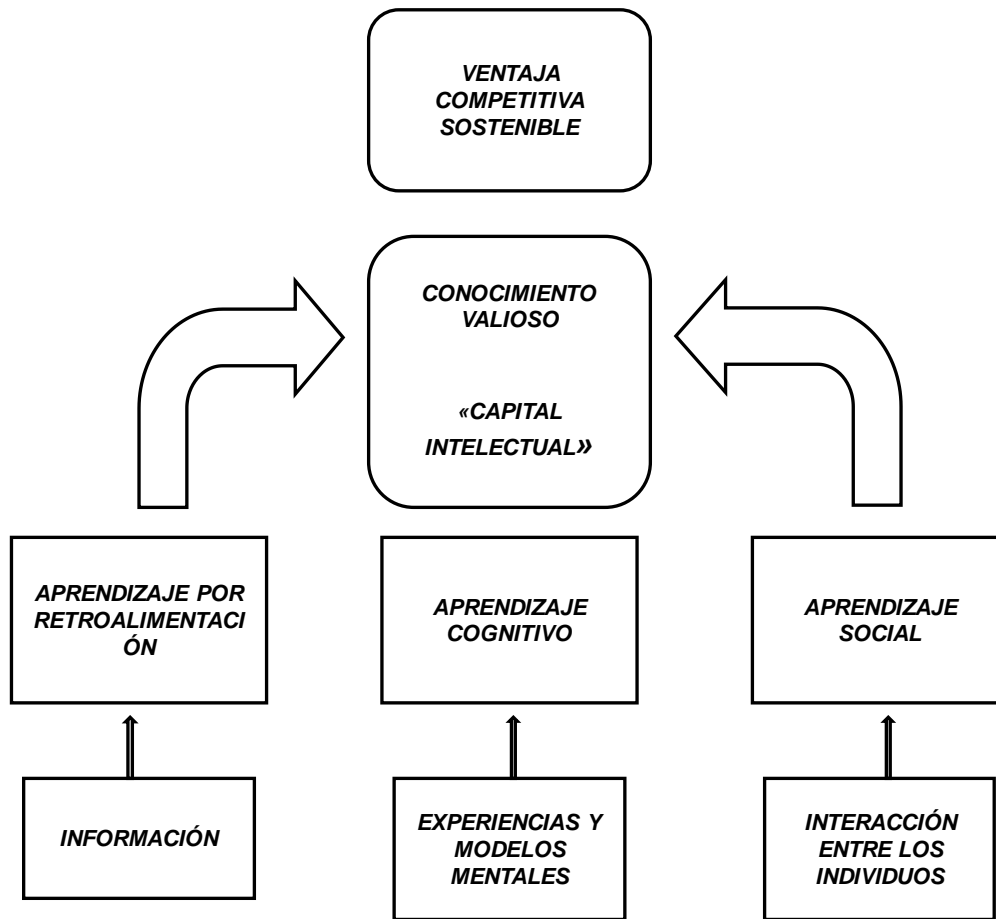


GRAFICO 1 TIERRA, TRABAJO, CAPITAL Y CONOCIMIENTO

En el mundo de hoy, el concepto de ventaja competitiva basada en la diferenciación de los productos o servicios que prestan las organizaciones, hacen que puedan sobrevivir en un entorno económico de competencia. La ventaja en la competitividad “basada en la tecnología es transitoria y las verdaderas ventajas comparativas sostenibles son sus empleados.” (Martensson, 2000).



Fuente: Tissen 2000.

GRAFICO 2 VENTAJA COMPETITIVA SOSTENIBLE

Lo anterior ha forzado a las organizaciones para que se adapten a dichos retos actuales, a responder a la velocidad necesaria de los cambios y las dinámicas y a desarrollar la industria a la par de la velocidad del desarrollo tecnológico, de los flujos comerciales y de los activos financieros. El conocimiento se ha convertido en el recurso central de dichas ventajas comparativas sostenibles. Este recurso se centra no solo en los procesos de la organización sino en su capital intelectual y por ello la importancia de la GC, ya que permite aumentar la producción, la eficiencia y las competencias de los demás recursos de

la organización, para lograr competitividad dentro del mundo globalizado. (Martensson, 2000)

Las organizaciones disponen de una serie de recursos tangibles e intangibles que se pueden clasificar en recursos y habilidades que hacen referencia a las capacidades de transformar dichos recursos. Los recursos intangibles pueden ser estudiados desde tres perspectivas (Martensson, 2000, p. 206):

Contabilidad

Estadísticas

Gerencias y las gestiones.

Cuando se habla de la tercera perspectiva, los recursos intangibles son definidos desde la gestión estratégica y operacional en los que se puede clasificar en términos de Investigación y Desarrollo, Software, Mercadeo y Capacitación. Desde el punto de vista de la Teoría de la Firma basada en Recursos (Resource-Based Theory) de Lùwendahl, los recursos intangibles responden a: (Martensson, 2000, p. 205)

Los recursos físicos, humanos y monetarios que son necesarios para las operaciones de negocios; y los recursos basados en la información, como habilidades gerenciales, tecnología, información del cliente, marca, reputación y cultura corporativa.

El conocimiento es un activo intangible que explica “la multiplicación del valor real contable de las grandes organizaciones como Microsoft o Dell.” (Bustelo, 2001). Por ello el conocimiento se ha convertido en un factor crítico para la supervivencia de la organización. (Martensson, 2000).

El conocimiento se puede definir como un recurso importante para la producción que permite a un individuo hacer uso de cierta información relevante, procesarla, interpretarla y con base en ella solucionar un problema o realizar un proyecto necesario para la actividad organizacional. (Bustelo, 2001) Es así como el conocimiento es la acumulación y entendimiento de hechos, ideas, principios o habilidades, (Saffady, 2000) para realizar operaciones y tomar decisiones efectivas. El conocimiento se adquiere a través del estudio, la observación y la experiencia y corresponde al capital intelectual de la organización. (Saffady, 2000)

Los individuos se creían prescindibles dentro de las organizaciones, pero se fue descubriendo que tenían un conocimiento diferente al conocimiento mismo de las organizaciones mantenido por los procesos, y que una vez dejaban la organización, ese conocimiento se iba con ellos. Es por ello que el conocimiento de los individuos de la organización es vital y las organizaciones se han preocupado por que dicho capital intelectual se quede, se mantenga y se distribuya en la organización. (Canals, 2003)

Es así como grandes organizaciones como las consultoras internacionales y otras multinacionales se preocupan porque el conocimiento que poseen en una parte del mundo sea aplicable en otras partes del mundo donde también tienen intereses. Por ello se busca que el conocimiento a escala local, de pocas personas pueda ponerse en manos de la organización a través de un proceso de gestión. (Canals, 2003).

Según lo anterior, el conocimiento se puede clasificar de dos formas. La primera es su forma explícita. A esta hace referencia todo el conocimiento de la organización y la que a través de diferentes elementos se puede transmitir a otros individuos (un ejemplo de ello es el conocimiento de la comunidad científica que comparte con otros científicos los resultados de las investigaciones). (Bustelo, 2001). Este conocimiento “es documentado y público, estructurado, fijo,

externalizado y consiente (...) que puede ser capturado y compartido a través de la tecnología de la información.” (Martensson, 2000).

El segundo es el conocimiento tácito que toda organización tiene pero que no queda plasmado ni registrado, que está ligado al grupo de individuos que conforman la organización en un momento determinado. (Bustelo, 2001) Este tipo de conocimiento reside en la mente, en el comportamiento y las percepciones de los individuos y se envuelve en sus interacciones, lo que requiere de su habilidad y práctica. (Bustelo, 2001). Además, este conocimiento está escondido y es difícilmente representado electrónicamente, es un conocimiento individual, no documentado, sensible al contexto, que se crea y se deriva de manera dinámica, se internaliza por los individuos y se basa en la experiencia de cada una de ellas. (Martensson, 2000).

Este proceso de internalización genera siempre un nuevo conocimiento debido a que depende del contexto y la experiencia de cada individuo y que al transmitirse a otros individuos y compartirse en un proceso de socialización puede generar en un nuevo conocimiento, que toma el nombre de innovación. (Martensson, 2000).

Hay ciertas características que los expertos en estos temas han considerado importantes para definir y conceptualizar el conocimiento dentro de las organizaciones: (Martensson, 2000).

El conocimiento no es fácilmente reservado, es algo que reside en los individuos antes que en los computadores. No es codificado, revisado, inventariado y por ello es fácil que se pierda para la organización.

El conocimiento es desordenado, disperso, necesita socializarse, viaja y se comparte a través del lenguaje, es un fenómeno social, es multimodal y multidimensional.

Se diferencia de la información, ya que ésta tiene poco valor y solo se convierte en conocimiento si es procesada. Por ello, el conocimiento envuelve el procesamiento, la creación y el uso de la información.

Para llegar al conocimiento, es importante la Gestión de la Información.

El conocimiento tiene un valor dependiendo del contexto. Es información combinada con experiencia, contexto, interpretación, reflexión y perspectiva.

El literal d del listado construido a partir de los aportes de Martensson trata el concepto de gestión de la información, que no se debe vincular con el de la GC pues no están relacionados. Se ha incluido con el objeto de ilustrar otra perspectiva del conocimiento como concepto. El conocimiento es por lo tanto, un recurso intangible de la organización que se ha buscado medir para cuantificar el capital intelectual, visto como recurso adicional en el ámbito de la GC, como ventaja comparativa sostenible. Este capital intelectual se define como el “conjunto de activos intangibles de una organización que genera valor o tiene el potencial de generarlo a futuro.” (Osorio, 2003). Es la GC que busca medir el capital intelectual de la organización para conocer los recursos disponibles y gestionarlos para aportar valor. (Osorio, 2003)

Hay tres formas de valorar dicho capital intelectual: (Bustelo, 2001).

A través del Capital Humano: recoge los conocimientos, las habilidades y las experiencias individuales.

A través del Capital Estructural: son todos los equipos, programas, bases de datos, estructura organizativa y la capacidad organizacional.

A través del Capital del Cliente: surge a partir del desarrollo de las relaciones con los clientes claves de la organización.

El concepto de capital intelectual va a ser importante para estudiar la relación entre la GC y la Gestión estratégica de la organización en la que la misma GC puede convertirse en una herramienta de la estrategia que persigue la organización.

La GC es la “teoría de gestión que responde a la adaptación de las últimas innovaciones tecnológicas en el tratamiento de la información y las telecomunicaciones.” (Bustelo, 2001). Este desarrollo tecnológico ha creado una sociedad de la información donde la correlación de factores productivos ha cambiado, al igual que ha cambiado la manera de trabajar y hacer negocios.

La Teoría de la Firma basada en Recursos postula que la organización “es considerada como una institución de integración del conocimiento (...) el rol del individuo es la adquisición y creación del conocimiento y la firma solo integra al individuo que tiene el conocimiento, dando disposiciones de coordinación y cooperación del conocimiento especializado de los trabajadores.” (Martensson, 2000). También postula que la organización se centra en procesos a través de estructuras que las deben enfocar en la GC.

La GC ha emergido debido cambios fundamentales: (Martensson, 2000).

Los recortes presupuestales: originados en la década de los ochenta, que fue la estrategia popular para reducir los costos elevados y aumentar los beneficios y los ahorros. Todo esto significó la pérdida del capital intelectual adquirido durante años de trabajo y experiencia. Debido a esto, las organizaciones empezaron a utilizar la tecnología y los sistemas para capturar el conocimiento individual, convirtiendo el conocimiento en un recurso reutilizable.

El desarrollo tecnológico ha generado un crecimiento explosivo de recursos de información a través de plataformas y continentes. Los precios bajos y las facilidades de transporte a nivel mundial, de comunicación ha creado cambios en la sociedad y la economía mundial, la demanda y la política.

Por ello los altos grados de complejidad económica, la nueva tecnología, el aumento de la competencia, los cambios en la demanda de los clientes y en la economía, las transformaciones políticas y el desarrollo teórico y académico de la organización ha desarrollado la GC como parte importante de la vida organizacional. (Martensson, 2000).

La GC se debe concentrar en dos procesos fundamentales: la creación misma del conocimiento y la transmisión de dicho recurso intangible. Es por esto que las herramientas y los instrumentos de la GC fomentan en algunos casos la creación y la distribución a través de bases de datos relacionales, documentales, intranets, portales y directorios de expertos entre otros. (Canals, 2003).

Las iniciativas prácticas que tienen el fin de incrementar la competencia de la organización a través de la GC se pueden dar en tres frentes: (Bustelo, 2001).

En la GC: que responde a la tendencia a implantar sistemas que permitan que la información de la organización y de los individuos pueda ser compartida.

Gestión del Capital Intelectual: con el fin de motivar a los individuos para aportar sus conocimientos a la organización

Medición de activos intangibles: trata de medirlos para su entendimiento y demostrar su potencial y capacidad de enfrentar el futuro. Se trata de atribuir un valor contable a los recursos que resultan intangibles.

Una GC eficiente y completa necesita de la relación de estos tres frentes y de la inversión inicial para desarrollarlos. La GC ayuda a fortalecer la toma de decisiones, las buenas prácticas, la reducción de los costos y demoras, y la innovación de la organización. Los elementos críticos necesarios para crear e implementar estrategias de GC son: (Martensson, 2000).

Apoyo de la alta dirección

Fortalecimiento de los canales de comunicación

Creatividad

Cultura corporativa

Distribución de conocimiento

Política de Incentivos

Tiempo

Evaluación

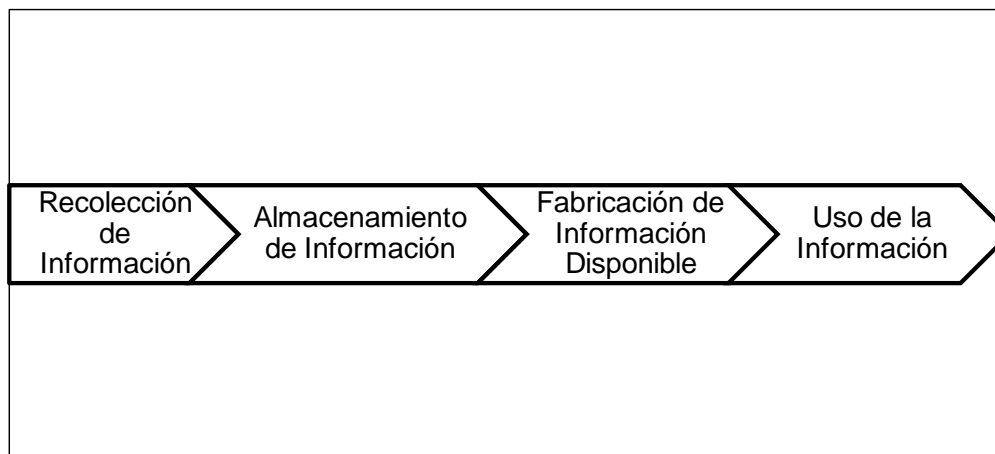
Misión, visión y objetivos de la organización articulados a los propósitos de la estrategia de la GC.

De esta forma, la GC es una herramienta de la gestión estratégica de la organización. Así, la estrategia organizacional buscará ajustar las capacidades (recursos y habilidades) a los cambios y dinámicas del ambiente externo, teniendo al conocimiento como uno de los recursos más valorados. Así, el capital intelectual contribuiría desde la GC en dos formas: (Martensson, 2000).

La forma en el que el conocimiento es creado.

La forma que esto provoca la generación de valor.

Uno de los objetivos de la GC es convertir el conocimiento tácito en explícito, a través del desarrollo de la documentación y del registro. La GC tiene que pasar por ciertas fases para lograr sus objetivos. Estas fases van desde la recolección de información, el proceso de hacerla disponible y el uso para generar conocimiento. (Martensson, 2000).



Fuente: Martensson, 2000

GRAFICO 3 CICLO DE LA INFORMACIÓN

Cabe resaltar que no es suficiente con estrategias y herramientas que permitan compartir y distribuir la información de la organización, sino que la GC debe ir más allá, al uso de la educación y la innovación constante para crear conocimiento y permitir que las organizaciones lo utilicen para competir en el mundo globalizado de hoy en día.

Uno de los campos en los cuales la GC cobra más relevancia y dinamismo es sin lugar a dudas el sector de la salud. Los avances científicos son tal vez los casos más evidentes del conocimiento explícito por cuanto se lleva a cabo un registro con cada uno de los hallazgos en este campo. Esto puede ser ilustrado en por ejemplo la investigación biomédica, la cual “sus resultados (...) impactan en la sociedad en general y suscitan un debate público cada vez más intenso. Con sus

ideas, o sus recursos financieros, o sencillamente por curiosidad, la sociedad civil se niega a tener sólo un papel de espectador y reivindica cada día más su participación en el proceso de innovación” (Bigorra Llosas, y otros, 2007). Es importante señalar que el constante flujo de conocimiento en las organizaciones dedicadas a la salud como los hospitales, es una de las principales características del sector puesto que los avances, descubrimientos y procesos orientados a la investigación de enfermedades, por ejemplo, es una cadena orientada a la perfección de los conocimientos.

Según esto, la innovación y la constante investigación son dos de los pilares fundamentales del sector de la salud. La GC hace parte del proceso de innovar ya que “Aplicar la GC al proceso de innovación permite explotar las fuerzas y experiencias de los profesionales de una organización, y a conectarlos entre sí y con el exterior, tanto para aprender de los demás como para compartir información” (Bigorra Llosas, y otros, 2007). Estos procesos de innovación a partir de la transformación de la información a un conocimiento explícito, abre un abanico de servicios disponibles para los usuarios por parte de las organizaciones de salud, ya que la adquisición de nuevos conocimientos suma más campos que pueden ser ofertados por parte de la organización.

Por otro lado, el flujo de conocimiento entre los centros de investigación y las organizaciones de salud suele ser reutilizable (Bigorra Llosas, y otros, 2007) ya que se encuentra enmarcado en un contexto único, dando la posibilidad de que el conocimiento generado y transmitido para ser aplicado a los pacientes, sea susceptible de ser refinado y aún más específico, aumentando de esta forma los márgenes de utilidad de este.

Es importante señalar que el conocimiento en la GC per se no es el objetivo final de este proceso, más si lo es la transformación de este en capital intelectual (Bigorra Llosas, y otros, 2007). “El aprendizaje en la organización es

por lo tanto un elemento primordial que permitirá la transformación de la experiencia de sus empleados y el conocimiento tácito en capital intelectual” (Bigorra Llosas, y otros, 2007). Esto confirma lo ya anteriormente mencionado que en el sector salud, especialmente el colombiano, la correcta aplicación de este capital intelectual es uno de los ejes fundamentales para la debida gestión de las organizaciones prestadoras de salud.

En Colombia, todo esto empezó a verse reflejado a partir de la década de los noventa cuando con la Ley 100 de 1993 y el direccionamiento a la universalidad de los sistemas de salud, el mercado laboral de profesionales de la salud se amplió no solo cuantitativamente sino cualitativamente también puesto que un mayor número de personas demandaban servicios de salud ya no solo de baja complejidad sino también de alta complejidad, trayendo consigo la implementación y utilización de equipos de alta tecnología que demandaban la aplicación de los conocimientos médicos adquiridos (Ruiz, y otros, 2009).

Teniendo en cuenta que la GC debe orientar a la consecución de los objetivos organizacionales e individuales, la mezcla de conocimientos específicos facilita la operación en equipo. Por ejemplo el especialista que ordena un examen determinado y el técnico que opera los equipos necesarios para llevar a cabo dicho examen contribuyen enormemente al desarrollo de dichos objetivos (Ruiz, y otros, 2009).

El proceso que durante el Siglo XX llevó a finales del mismo a contar en el mercado con una amplia oferta de especialistas, ha permitido que múltiples especialidades sean más bien dinámicas en cuanto a su aprendizaje y conocimiento tal y como se evidencia acá: “El reentrenamiento es una condición importante en tanto que los especialistas se enfrentan con las tecnologías donde el recambio suele darse en periodos de menos de 10 años, dependiendo de la

especialidad y la introducción de nuevos dispositivos, técnicas y protocolos es permanente” (Ruiz, y otros, 2009).

La ampliación de especialistas en el país fue paralela al crecimiento de la cobertura en salud de la población. Según cifras del Ministerio de la Protección Social, se ha pasado de un 20% a aproximadamente un 80% en el cubrimiento de salud de la población colombiana (Ruiz, y otros, 2009), lo que sugiere que el Conocimiento del sector salud no solo se ha mantenido en constante creación sino además cumple con la condición de transmitirse para la prestación de servicios médicos de calidad cada vez más superlativa, además de indicar que una correcta Gestión de Conocimiento no solo fortalece la organización del sector salud sino aporta las herramientas por lo menos básicas de ampliar el margen de cobertura.

Por último, cabe destacar que en la estrategia Nacional de salud, precisamente, es el Gobierno Nacional quién está encargado del fomento de la investigación aplicada a áreas de interés enmarcadas en el Plan Nacional de Salud Pública así como también del desarrollo de los sistemas de información de estos.

5.1.3 LA GESTIÓN Y CREACIÓN DE VALOR

Las actividades económicas se centran en la obtención de beneficio con el fin de satisfacer necesidades (Samuelson, 1073). Este postulado básico permite entender que toda actividad se encamina a la generación de excedente, de otra forma no se presentaría la producción y la prestación de servicios.

La sociedad, en donde dichos procesos económicos se llevan a cabo, ha cambiado de forma rápida y constante, lo que obliga a las organizaciones a adaptar sus estrategias, cambiando la calidad de vida de los individuos. (Maldonado, 2004). Las organizaciones son vistas como paquetes de recursos que son valiosos, raros, imperfectamente imitables y sostenibles, lo que proveen a

dichas organizaciones ventajas competitivas transitorias o sostenibles, según sea el caso. (Bowman y Ambrosini, 2000).

Dichos recursos, que son tangibles e intangibles propios de la organización, pueden ser imitados por las organizaciones en competencia, lo que genera que la mayoría de las ventajas competitivas sean transitorias y por ello, las organizaciones busquen recursos y procesos que le permitan convertir en sostenibles estas ventajas, todo ello para poder sobrevivir en un ambiente hostil de competencia creciente. (Bowman y Ambrosini, 2000).

El objetivo que tienen las organizaciones, es que a través de la gestión estratégica encuentren los modos de convertir sus recursos, que sirven de entrada en el proceso de producción para generar la mayor cantidad de valor como resultado de sus actividades y mantener una ventaja competitiva sostenible.

Según una definición utilitarista, el valor es todo aquello generado del proceso de producción que permite obtener utilidades, beneficios y excedentes con el fin de reinvertirlos en dicho proceso en una parte, y de satisfacer las necesidades por otra parte. Según (Cliff & Ambrosini, 2000), se requiere una teoría del valor para identificar los recursos valiosos de las organizaciones y poder gestionar una estrategia dinámica que responda a las características del mercado.

El valor tiene dos componentes que permiten entender no solo las actividades de las organizaciones y sus recursos a gestionar y transformar, sino la naturaleza del mercado actual:

El valor de uso percibido: es el valor subjetivo, definido por los clientes que se basan en sus percepciones de utilidad respecto al producto o servicio. Corresponde al valor monetario que el cliente está dispuesto a pagar por dicho producto o servicio. Los clientes perciben las cualidades específicas del producto o servicio en relación a sus necesidades.

El valor de intercambio: es el generado cuando los productos son vendidos. Es el monto pagado por los clientes a los productores por el valor de uso percibido. Esta es la cantidad monetaria que se efectúa en un punto único en el tiempo del intercambio.

Desde la perspectiva de la RBT, la fuente de valor “es la combinación y la utilización del trabajo con otros recursos de las organizaciones.” (Bowman y Ambrosini, 2000). Es por esto que el valor es creado por los miembros de la organización.

La RBT permite entender la distribución de recursos entre las organizaciones en competencia y de qué forma se pueden generar ventajas cuando se concentran en tener recursos tangibles e intangibles heterogéneos, lo que hace que sean difícilmente de imitar y reproducir. Los recursos con los que cuenta la organización, y que son las entradas en el proceso de producción son parte importante para lograr una actividad que se refleje en la creación de valor. Según esto, un recurso es valioso y contiene valor en sí mismo si logra explotar las oportunidades y neutraliza las amenazas del ambiente externo. (Bowman y Ambrosini, 2000)

Los recursos valiosos pueden permitir a los clientes la satisfacción de sus necesidades a menores costos que los productos o servicios de las otras organizaciones y si le permite a la misma organización concebir o implementar estrategias que mejoren su eficiencia y efectividad. (Bowman y Ambrosini, 2000).

El valor se evalúa, según la maximización de la satisfacción de los clientes que obtienen de los productos o servicios que encuentran en el mercado. Según la teoría de la utilidad y la utilidad marginal, que definen a la utilidad como a la “satisfacción que las personas reciben por poseer una unidad extra de un bien o servicio, o la satisfacción que se pierde al renunciar a una unidad más de dicho bien o servicio.”(Bowman y Ambrosini, 2000)".

El precio que los clientes pagan por bien o servicio deseado, será menor que el total del valor monetario percibido por dichos clientes. Esta diferencia entre la valoración de que ellos hacen del bien o servicio y el precio pagado es el excedente del cliente. (Bowman y Ambrosini, 2000).

Así, las diferentes organizaciones en el mercado, compiten por otorgarle al cliente un mayor excedente en la satisfacción de sus necesidades en relación con el precio o valor de intercambio. En un momento determinado, el precio en relación con el excedente generado al cliente va a ser más bajo para un producto o servicio de una organización, lo que creará una ventaja competitiva temporal, pero pronto, las otras organizaciones lograrán imitar procesos y recursos.

La creación y sostenibilidad del valor en las organizaciones actuales está ligada al concepto de ventaja competitiva. Si la organización logra generar dicha ventaja competitiva y más aún, hace que esta se prolongue en el tiempo, más allá del desarrollo tecnológico que es fácilmente imitable, creará valor sostenible.

Según Porter (2004), la "Ventaja Competitiva surge fundamentalmente del valor que una firma puede crear (...) el valor es lo que los compradores están dispuestos a pagar y el valor superior que se contiene de los precios más bajos que se ofrecen frente a los competidores por beneficios equivalentes o por proveer beneficios únicos, que compensa los precios más altos."

Según la RBT, los recursos tangibles de la organización son inertes y necesitan activarse, trabajarse y transformarse para que puedan contribuir a la producción de nuevos valores de uso. (Bowman y Ambrosini, 2000). Tanto los recursos tangibles como los intangibles son inertes y necesitan de la intervención de los individuos. Estos nuevos valores que son creados por la combinación de los recursos y el trabajo, no tienen valor en sí mismos hasta que son intercambiados. Es ahí cuando el beneficio de la organización "se da si el monto del valor de intercambio es superior a la suma de los precios de los recursos utilizados en su

producción.” (Bowman y Ambrosini, 2000). Es así que el trabajo de los individuos de la organización, es el que genera el beneficio.

El éxito de las organizaciones se da debido a que éstas tienen recursos propios y únicos. Así los beneficios van a estar determinados por: (Bowman y Ambrosini, 2000).

Las comparaciones que los clientes hacen entre los productos, sus necesidades y la rivalidad de la competencia; y

La comparación de los recursos y proveedores y los posibles acuerdos que pueden lograr dichos proveedores de recursos con la competencia,

De los aportes de Bowman y Ambrosini es fundamental destacar que el beneficio se determinará por las capacidades y recursos endógenos y también a las relaciones de poder con los otros agentes del mercado, como la competencia y los proveedores de los recursos estratégicos necesarios para crear valor.

El proceso de creación de valor se puede identificar en la siguiente figura. Aquí el proceso se da a través del intercambio entre las organizaciones, en donde el trabajo es fundamental para transformar dicho valor.

La secuencia muestra que los recursos más importantes para la generación de valor son el capital intelectual y los culturales, por encima de los físicos e intercambiables. La importancia de los recursos frente a la competitividad de la organización, es que tan heterogéneos son. Se encuentra que los individuos, son el recurso que más puede ser heterogéneo entre las organizaciones. Su formación, educación, cultura y creatividad pueden llegar a ser diferenciadas al punto de generar valor y ventajas competitivas sostenibles.

Para Bowman y Ambrosini (2000) hay tres categorías de mano de obra:

De naturaleza genérica: es la repetida entre las organizaciones, fáciles de entender, con rutinas codificables e imitables. Es importante para producir valor pero no genera diferenciación frente a las compañías.

Improductiva: es la que destruye valor. Es la supervisión innecesaria o los pagos que nada agregan a la producción.

Diferencial: es el recurso heterogéneo. Son los talentos especiales que tienen los individuos en diferentes cargos y funciones en la organización. Puede ser el talento de un diseñador, la forma única de un vendedor o la energía y entusiasmo de un comerciante.

Por último, existen una serie de parámetros utilizados por las organizaciones para medir la creación de valor, que sería importante enunciar. Stern Stuar & Co creó un indicador llamado el Economic Value Added EVA, que es el beneficio antes de intereses, menos el valor contable de las acciones multiplicado por la rentabilidad exigida a las acciones. (Fernández, 1999).

$$EVA = NOPAT - (D+Evc)*WACC$$

Donde

NOPAT (Net Operating Profit After Taxes) es el beneficio de la organización sin deuda.

D = Deuda de la organización.

Evc = el valor contable de las acciones.

WACC = Coste promedio de los recursos.

Otro de los indicadores es el de Beneficio Económico (BE), llamado Residual Income, que es el beneficio contable menos el valor contable de las acciones multiplicadas por la rentabilidad exigida de las acciones.

Mezcla parámetros de mercado con parámetros contables.

$$BE = Bfo - Que * Evc.$$

Donde:

Bfo = Beneficio Económico Contable.

Que = Rentabilidad exigida a las acciones.

Evc = Valor Contable de las Acciones.

Un tercer indicador es el CVA (Cash Valué Added), del Boston Consulting Group, que es una variable del EVA. Es el beneficio antes de intereses, más la amortización menos la amortización económica, menos el coste de los recursos utilizados.

$$CVA = NOPAT - AM - (D + Evc) WACC - AE.$$

Donde

AE = amortización económica. Es la anualidad que capitalizada al coste de los recursos.

D = deuda

WACC = acumulará el valor de los activos fijos al final de la vida útil de los mismos

AM = Amortización contable de los activos fijos.

Un último indicador a tener en cuenta es el MVA (Market Valué Added) que mide la creación de valor de una organización y es la diferencia entre el valor de las acciones y el valor contable de las acciones.

$$\text{MVA} = \text{E} - \text{Evc.}$$

Dónde:

Evc = el valor contable de las acciones

E = el valor de mercado de las acciones.

Organizaciones como AT&T y Coca-Cola utilizan los anteriores indicadores, que permiten “depurar el beneficio con la cantidad y el riesgo de los recursos utilizados para conseguirlo.” (Fernández, 1999) Estos son ejemplos de organizaciones exitosas que muestran que realmente se puede obtener un beneficio que genere valor en las organizaciones gracias a la GC.

El conocimiento tácito y explícito es uno de los recursos que las organizaciones necesitan aprovechar como diferenciador en el mercado. Esto ha transformado la gestión estratégica de las organizaciones, los enfoques de análisis y las teorías explicativas, así como su dirección estratégica. (Bueno, 2009).

El economista británico Alfred Marshall consideró al conocimiento como una máquina de producción más potente; permite someter a la naturaleza y obligarla a satisfacer necesidades. (Bueno, 2009). Es por ello que el conocimiento tendría un papel estratégico para la organización en su actividad de crear y mantener valor en la economía. El conocimiento se convierte entonces en generador de valor, lo que se concreta en la innovación de las organizaciones.

Así la economía moderna se centra en el concepto de conocimiento como recurso intangible que permite la heterogeneidad de los recursos, y la creación de valor que fortalece la ventaja competitiva sostenible a través de la innovación. (Bueno, 2009). La sociedad tiene tres dimensiones donde el conocimiento participa de manera estratégica en la creación del valor: (Bueno, 2009).

La sociedad sin fronteras, ya que el conocimiento se difunde y puede circular con menor esfuerzo que el dinero.

La sociedad con movilidad ascendente, que permite que el conocimiento pueda ser adquirido fácilmente por todos a través del sistema educativo, de sus procesos de aprendizaje y las facilidades de la “sociedad red”.

La sociedad en la que el potencial del fracaso es igual que el del éxito. Todos pueden adquirir los medios de producción necesarios. El conocimiento requerido para el desempeño de determinada tarea o trabajo según las dos primeras dimensiones permiten más opciones de competir, dependiendo de una buena GC.

La buena GC necesita de tres etapas de reflexión: (Bueno, 2009).

La Concepción de la organización como un sistema integrador y creador de conocimiento.

El replanteamiento de la Teoría de Recursos y Capacidades como explicación fundamental de lo que es la organización actual y la justificación de su dirección estratégica; y la redefinición de la dirección estratégica en la que los recursos y capacidades se basan en el conocimiento, para crear y mejorar el capital intelectual de la organización, definido como el valor agregado de los activos intangibles basados en el conocimiento.

Así la organización se convierte “en una organización en la que se intercambian y comparten conocimientos y se construye colectivamente nuevo conocimiento, propiedad tanto de las personas como de la organización, según los procesos de aprendizaje individuales y colectivos a través de determinada estructura de relaciones organizativas.” (Bueno, 2009).La dotación de dichos

recursos heterogéneos permiten que se diferencien las organizaciones entre sí, en donde las capacidades tienen que ser tan dinámicas como el mercado mismo^[Y13].

6 METODOLOGÍA

En este ejercicio los valores incluidos responden a un ejercicio hipotético con datos y cifras vigentes con el objeto de modelar la aproximación metodológica propuesta.

Éste ejercicio busca motivar a los directores de las organizaciones del sector salud en Colombia a generar conciencia y hacer seguimiento a la GC, los datos fueron obtenidos de una organización del sector salud en Colombia. Dada la solicitud de confidencialidad, se han modificado los valores expuestos, a partir de ellos se diseña un esbozo a una propuesta a la aproximación metodológica^[Y14].

6.1 PROPUESTA A LA APROXIMACIÓN METODOLÓGICA

En este apartado se proponen una serie de pasos para obtener un resultado al comparar dos procedimientos, en este caso de disciplinas relacionadas con la salud, pero que es adaptable a cualquier tipo de organización que requiera establecer la selección de un proceso determinado gracias a la tabulación de la información que de éstos se obtenga, los pasos propuestos fueron determinados por los autores quienes diseñaron la secuencia de pasos en la medida que se respondía a la necesidad de una organización en salud en Colombia a seleccionar su alternativa más rentable que a la vez sea la menos riesgosa para el paciente de dos procedimientos homologos .

PASO 1: Delimitar un espacio temporal para concretar cifras y datos de un periodo determinado.

PASO 2: Determinar mínimo dos procedimientos o procesos que se desean comparar, deben ser equivalentes y no es posible que sean excluyentes.

PASO 3: Determinar las variables cuantitativas que sean susceptibles de ser comparadas.

PASO 4: Determinar las variables cualitativas por medio de la identificación de argumentos.

PASO 5: Captura de datos: en este proceso se recomienda cualquier fuentes susceptible de ser validada y elaboración de cuadros comparativos.

PASO 6: Redacción de resultados^[Y15].

6.2 VALIDACIÓN

PASO 1: Para soportar el contenido de éste documento es útil presentar un ejercicio con datos, estadísticas y variables reales, se seleccionaron dos procedimientos equivalentes desde la perspectiva de la medicina, son utilizados en la Clínica seleccionada para el diseño de la aproximación metodológica propuesta, se hace discreción a la titularidad de la Organización por solicitud de los colaboradores que proporcionaron la información con cifras correspondientes a los periodos entre enero de 2011 y junio de 2012, la información obtenida se utilizó bajo la definición de estudio de caso definido en éste documento desde la perspectiva de Cristina Martínez^[Y16].

PASO 2: Los procedimientos seleccionados son la Traqueostomía percutánea y la Traqueostomía quirúrgica, estos son de continua aplicación en la UCI de la organización. Se diferenciaron costos, número pacientes atendidos por tipo de intervención y los costos de oportunidad de realizar alternativamente alguna de las propuestas.

PASO 3: Después del análisis de datos sigue la construcción de argumentos a favor de cada uno de los procedimientos propuestos con el objeto de identificar cuál de ellos es más idóneo en relación al potencial inherente para la

generación de valor vía disminución de costos o maximización de utilidad, a esta etapa se denomina GC.

En este punto se propone modelar y validar la propuesta inicial de este proyecto, por medio de un estudio de caso se pretende validar como profundizar en el conocimiento de un proceso médico se transfiere en un beneficio organizacional generando valor a partir de la GC, se justifica la generación de valor a partir de la GC construyendo un artículo de interés para la sociedad y las organizaciones del sector salud en Colombia con el objeto que cambien el paradigma sobre la idoneidad del procedimiento más adecuado en Traqueostomía partiendo [Y17] de la premisa de la propuesta a una aproximación metodológica que en este aparte se direcciona a discernir entre dos procedimientos médicos homólogos.

La evidencia obtenida tiene como objeto demostrar como los costos justifican optar por uno de los dos modelos y estimular la frecuencia de Traqueostomía percutánea, proceso de alto costo en el corto plazo pero una inversión no solo sostenible sino rentable si se tienen en cuenta los costos derivados de la Traqueostomía quirúrgica, ésta conclusión anticipada requiere de la revisión de datos para su demostración.

Esta propuesta requiere una captura de datos coherente con ambos procedimientos con el objeto de identificar los costos asociados originados por los recursos requeridos que van desde el material médico, instalaciones y profesionales necesarios a intervenir en cada procedimiento. También es indispensable tomar un universo muestral de los procedimientos en relación con el número de pacientes atendidos.

PASO 4: La propuesta está fundamentada en el trabajo denominado Safety, efficiency, and cost-effectiveness of a multidisciplinary percutaneous

tracheostomy program desarrollado por Marek y colaboradores en el año 2012 (Marek A. & Vinciya, 2012).

Los beneficios obtenidos son diversos y varían desde la óptima utilización de camas, la eliminación de costos al realizar procedimientos innecesarios como la toma de rayos X, exámenes para-clínicos (bioclínicos e imágenes) en procedimientos que no los requieren, sin embargo, que han sido requeridos por protocolos y políticas que podrían ser considerados en desuso. En este ejemplo se busca despertar conciencia en el beneficio de la inversión en recursos y capital intelectual para realizar Traqueostomía percutánea, la intención es disminuir las Traqueostomía quirúrgicas e incrementar las percutáneas, existen justificaciones coherentes provenientes desde la disminución de costos y optimización de recursos y otros motivos médicos originados en la necesidad de fomentar la comodidad y bienestar del paciente como lo propone la metodología.

PASO 5: CUADROS COMPARATIVOS PERIODOS 2011-2012

| PROCEDIMIENTO TRAQUEOSTOMIA (NÚMERO DE PACIENTES) | PERCUTAN EA (5) | QUIRÚRGICA (33) |
|---|---|---|
| TIEMPO DE ESPERA PARA EL PROCEDIMIENTO MENOR A48 HORAS MAYOR A48 HORAS | 04-Ene | 30-Mar |
| DURACIÓN DEL PROCEDIMIENTO | 15 minutos | 1 hora +20 minutos requeridos para desinfección de sala |
| ASISTENCIA PROFESIONAL (ENFERMERÍA) | Profesional en enfermería en el área de cuidados intensivos no genera costo adicional | Profesional en enfermería en el área de cuidados intensivos no genera costo adicional |
| PROFESIONALES DELA SALUD | Terapeuta respiratorio, no genera costo adicional | Médico general \$44.280 |
| MÉDICOS ESPECIALISTAS | Cirujano general o intensivista \$177.913 | Cirujano general \$156.210 Instrumentador quirúrgico no genera costo |
| MÉDICO ANESTESIÓLOGO | No requerido | \$ 118,08 |
| INSTALACIONES REQUERIDAS | Cubículo / habitación | Derechos de sala de cirugía \$177.913 |
| MATERIAL MÉDICO REQUERIDO | Kit de Traqueostomía \$822.000 | \$ 61,50 |
| COSTO TOTAL DE UN PROCEDIMIENTO INDIVIDUAL | \$ 999,913 | \$ 557,98 |
| COSTO TOTAL DE LOS PROCEDIMIENTOS EN EL PERIODO | \$ 4.999.565 | \$ 18.413.439 |

Tabla 3 SITUACIÓN 2011

| PROCEDIMIENTO TRAQUEOSTOMIA (NÚMERO DE PACIENTES) | PERCUTÁNEA (3) | QUIRÚRGICA (23) |
|---|---|---|
| TIEMPO DE ESPERA PARA EL PROCEDIMIENTO MENOR A48 HORAS / MAYOR A48 HORAS | 02-Ene | 21-Feb |
| DURACIÓN DEL PROCEDIMIENTO | 15 minutos | 1 hora +20 minutos requeridos para desinfección de sala |
| ASISTENCIA PROFESIONAL (ENFERMERÍA) | Profesional en enfermería en el área de cuidados intensivos no genera costo adicional | Profesional en enfermería en el área de cuidados intensivos no genera costo adicional |
| PROFESIONALES DELA SALUD | Terapeuta respiratorio, no genera costo adicional | Médico general \$45.804 |
| MÉDICOS ESPECIALISTAS | Cirujano general o intensivista \$183.962 | Cirujano general \$161.521 Instrumentador quirúrgico no genera costo |
| MÉDICO ANESTESIÓLOGO | No requerido | \$ 118,48 |
| INSTALACIONES REQUERIDAS | Cubículo / habitación | Derechos de sala de cirugía \$178.525 |
| MATERIAL MÉDICO REQUERIDO | Kit de Traqueostomía \$851.000 | \$ 63,600 |
| COSTO TOTAL DE UN PROCEDIMIENTO INDIVIDUAL | \$ 1.034.962 | \$ 567,931 |
| COSTO TOTAL DE LOS PROCEDIMIENTOS EN EL PERIODO | \$ 3.104.886 | \$ 13.062.413 |

Tabla 4 SITUACIÓN 2012

El siguiente listado cuenta con precios o tarifas promedio obtenidos que están establecidos en el registro del Instituto del Seguro Social como lo estipula el acuerdo 256 de 2001 para este estudio con un incremento del 23% a costos del año 2011.

1. UCI \$668.840 día

2. Ventilador (costo incluido en el valor de UCI) sin embargo requiere oxígeno hora m^3 aproximación \$25.000 hora \$600.000 día.

3. Camas disponibles UCI.

PASO 6: RESULTADOS

Es posible elaborar tablas para observar cuáles son los costos asociados a los procedimientos que se quieren evaluar con el objeto de descartar el menos conveniente para las organizaciones de salud en Colombia.

Es posible desarrollar una herramienta que pueda ser usada por las organizaciones de salud en Colombia gracias a la GC orientado a la generación de valor, aunque no se mostró una herramienta formal en éste documento.

A pesar de contar con los datos del año 2011 y los parciales del 2012, en este caso la información proporcionada aporta para el análisis la posibilidad de observar los incrementos de los costos justificados por la dirección de la organización con aproximaciones al IPC del periodo cercanos a 3.4%. En el caso del número de pacientes es notorio que la tendencia es creciente si se tiene en cuenta que en el 2012 solo faltan 12 intervenciones para igualar las practicadas en 2011.

La tendencia justifica éste análisis, se ha expuesto la necesidad de la generación de valor vía reducción de costos, para este caso es útil observar los

datos de solo uno de los periodos referenciados, la posibilidad de contar con los datos completos del 2011 facilitó este análisis.

En primer lugar se realizó el cálculo de los costos totales si los 38 procedimientos realizados en el 2011 se hubiesen hecho por sólo uno de los métodos. En el caso de la Traqueostomía percutánea se obtiene $\$999.913 \times 38 = \$37.996.694$ y la Traqueostomía quirúrgica $\$557.983 \times 38 = \$21.203.354$, la Traqueostomía percutánea es 55.8% más costosa.

Es necesario hacer un análisis más profundo pues existen argumentos a favor de la Traqueostomía percutánea que demuestran que es más efectiva y rentable que la Traqueostomía quirúrgica, se observan los elementos más sensibles a la toma de decisiones del procedimiento que se opta en una intervención.

Un paciente expuesto a una decisión que requiera cualquier tipo de Traqueostomía sometido a sufrir consecuencias no deseadas en la evolución de su estado de salud y por lo tanto se genera costos adicionales que podrían evitarse si se intervienen oportunamente. A continuación se observa una resumida lista de recursos de uso común cuyo costo marginal refleja la importancia de gestionar eficientemente una UCI, impactando en los resultados financieros de la organización.

La realización de esta investigación permitió establecer un criterio de decisión en cuanto a que hay procedimientos que no influyen en el tratamiento del paciente pero si, en los costos asumidos por la UCI, sin embargo si son excluyentes dependiendo de las condiciones inherente del paciente como: obesidad, lesión cervical, edema severo y otros como se describen en el artículo de Marek A. y colaboradores. (Marek A. & Vinciya, 2012).

El estudio de caso se mostró útil como metodología para demostrar que es posible la GV a partir de la GC, sin embargo, se evidencian dificultades en el proceso: el levantamiento de datos varía dependiendo del momento en que se realiza, por ejemplo un cambio de un proveedor de los insumos, directores recelosos en proporcionar información, instituciones intervenidas, la construcción de cuadros de seguimiento pueden ser mejorados con el aporte de profesionales en sistemas, se requiere una vinculación interdisciplinar, los costos totales del procedimiento en el periodo expuestos en las tablas precedentes resuelven la premisa de la utilidad del ejercicio, evidencian una diferencia significativa en los valores obtenidos dependiendo el procedimiento vinculado.

Las tablas construidas con el ánimo de identificar los costos asociados a Traqueostomía percutánea y la Traqueostomía quirúrgica muestran que una adecuada discriminación de costos facilita la elección del procedimiento más conveniente para las organizaciones en salud en Colombia^[Y18].

CONCLUSIONES

La metodología que se propuso diseñar, identifica cómo la GC promueve la GV, la comparación de cifras y la equivalencia entre los procedimientos médicos seleccionados facilitan un marco de relaciones cuyas variables

Abordar los conceptos de GC y GV fueron útiles para identificar la necesidad de materializar desde una perspectiva financiera lo intangible que puede ser el conocimiento.

Se podría llegar a establecer la relación ente la GC y la GV por diferentes vías como el estudio de caso, la construcción de modelos u otros procesos académicos el proceso seleccionado en realizar una aproximación metodológica respondió a la disponibilidad de información y recursos para su desarrollo.

La construcción de una propuesta metodológica guiada por una secuencia de pasos no es novedad desde el punto de vista académico, sin embargo permitió establecer el punto de partida de la metodología y facilitó la construcción de resultados que aportan argumentos a la hora de seleccionar un procedimiento médico incluyendo los componentes financieros de éstos.

Aunque no fue abordado a profundidad en éste documento podemos concluir que la GC no solo promueve la GV, otros intangibles se impulsan gracias a la GC como los logros profesionales u académicos de los trabajadores del conocimiento.

BIBLIOGRAFÍA

Agustí, C. (2003). La gestión del conocimiento. Estudios de ciencias de la Información y de la Comunicación, UOC, Barcelona.

Akmal A. Hameed, H., Hasan, M., & Mariam, A (2008). Experience with 224 percutaneous dilatational tracheostomies at an adult intensive care unit in Bahrain:A descriptive study. *Annals of Thoracic Medicine*, 18 - 22.

Benito, V. j., Canales, J. M., & Orjuela, M. E. (2008). Estado del bienestar y políticas sociales: Una aproximación a la situación española y colombiana. San Vicente (Alicante): Editorial Club Universitario.

Bigorra Llosas, J., Gomis, R., Sampietro-Colom, L., Huc, M., Lurigados Delgado, C., Zamora, A., y otros. (2007). Desarrollo de un sistema de conocimiento compartido para la evaluación en red de la innovación tecnológica en medicina. Madrid, España.

Bueno, E. (2009). El gobierno o gestión de conocimiento como estrategia de creación de valor (Vol. 16). Madrid: Universidad Autonoma de Madrid.

Bustelo, C., & Amarilla, I. (2001). Gestion del conocimiento y gesión de la información. Boletín del Instituto Andaluz de patrimonio Historico, INFORAREA S.L.: Consultotes en información y documentación.

Cabrera Izquierdo, A., & Rincon Hercules, M. (2001). LA GESTIÓN DE CONOCIMIENTO: CREANDO COMPETITIVIDAD EN LA NUEVA ECONOMIA. NUEVA ECONOMIA Y EMPRESA (791), 77 - 91.

Castaño R. . (2011). ¿Acreditación o centro de excelencia?: no son sustitutos, son complementarios. *Vía salud*(55), 5-8.

Cliff, B., & Ambrosini, V. (2000). Value Creation versus Value Capture: Towards a Coherent Definition of Value Strategy. *British Journal of Management*, 1 - 15.

Drucker, P. F. (2002). La Gerencia en la sociedad futura. Bogotá: Norma.

Fundación San Juan de Dios en Liquidación. (2012). Reseña histórica fundación san juan de dios y sus establecimientos hospitalarios:hospital san juan de dios e instituto materno infantil

http://fundacionsanjuandediosenliquidacion.com/documents/RES_HISTORICA-FSJD.pdf.

Gossaín, J. (2012). Así se robaron el sistema de salud de los colombianos. El Tiempo, pág. eltiempo.com Seccion Nacion.

Gutiérrez, E. (2007). Tras años de agonía, se murió el Seguro Social. Semana, <http://www.semana.com/on-line/tras-anos-agonia-murio-seguro-social/100458-3.aspx>.

Hesselbein, F., & Cohen, P. M. (2001). De lider a lider. Los mejores articulos de la Fundación Drucker . México D.F.: Granica.

Kohn,, L. T., Corrigan., J. M., & Donaldson, M. S. (2000). To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy of Sciences.

Jaramillo, H., & La Torre, C. (2008). "El Hospital como organización de conocimiento y espacio de investigación y formación. Los recursos humanos en salud y su tránsito a comunidades científicas: el caso de la investigación clínica en Colombia". Bogotá: Rosarista.

Jerico, P. (2001). Gestion del talento. Madrid: Prentice Hall, Pearsons Educación.

Malagón, Gustavo;. (2006). Reseña general sobre la calidad y Garantia de calidad en salud. 2° ed., Bogotá, Colombia: Panamericana.

Marek A., M., & Vinciya, P. (2012). Safety, efficiency, and cost-effectiveness of a multidisciplinary percutaneous tracheostomy program. Critical Care Medicine, 1827–1834.

Martensson, M. (2000). A critical review of knowledge management as a management tool. Journal of knowledge management, 204 - 216.

Maza, G., Arzate, J. A., & Kaneko, F. T. (2002). Traqueostomía dilatacional percutánea como modalidad de manejo de la vía aérea en la unidad de terapia intensiva de un hospital militar. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, 48 - 52.

Méndez Alvarez, C. E. (1992). Metodología: Guía Para Elaborar Diseños de Investigación en Ciencias Económicas, Contables y Administrativas. Bogotá: McGraw Hill.

Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud. (20 de Mayo de 2011). www.minsalud.gov.co. Recuperado el 19 de Abril de 2013, de <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Situaci%C3%B3n%20actual%20de%20las%20EPS%20de%20los%20reg%C3%ADmenes%20contributivo%20y%20subsidiado%20en%20Colombia.pdf>

Nación Portada y Nacion Salud. (2011). Saludcoop: la caída de un imperio; Estado de Coma. (A. Peña, & J. Monsalve, Edits.) semana(1515), 24 - 33.

Osorio, M. (2003). El capital intelectual en la gestión del conocimiento. ACIMED, http://www.bvs.sld.cu/revistas/aci/vol11_6_03/aci07603.htm.

Porter, M. E. (2004). Competitive Advantage: Creating and sustaining superior performance. The Free Press.

Porter, M. E. (1985). Ser Competitivo. España: Deusto.

Porter, M., & Olmsted, E. (2006). Redefining Health Care, Creating Value-Based competition on Results.

Quintero, G. A. (2011). Gestión de la Curva de Aprendizaje. Via Salud gestión, calidad y logros, 12 - 20.

Ruiz, F., Matallana, M., Amaya, J., Vásquez, M., Parada, L., & Piña, M. (2009). Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Bogotá DC, Colombia.

Saffady, W. (2000). Knowledge management: An overview. Information Management Journal, 4 - 8.

(SELA), S. E. (2013). Conclusiones y recomendaciones de documentos y reuniones de la Secretaría Permanente del SELA realizados en 2013 . Caracas.