

El aprendizaje organizacional en las empresas sociales del Estado, adscritas a la Secretaría de Salud de Bogotá D.C.*

Manuel Alfonso Garzón Castrillón **
Emily María Vargas Riaño ***

Presentado: febrero de 2005. Aprobado marzo de 2005

RESUMEN

Esta ponencia presenta un estudio descriptivo, que busca determinar la incidencia del aprendizaje organizacional en los comités de infecciones intra-hospitalarias de las 22 empresas sociales del Estado adscritas a la Secretaría de Salud de Bogotá D.C.

Se obtuvieron 119 encuestas, de las cuales cuatro se eliminaron en el proceso de depuración, por tener menos del 80% de la totalidad de ítems contestados; tres de éstas correspondían a una misma entidad, por esto, el proceso de análisis se basó en 115 encuestas de 14 organizaciones y la institución prestadora de servicios Carlos Lleras Camargo.

La escala de medición es tipo Likert. Se tomó como referencia el ratificar con la moda de las distribuciones de frecuencia, para así determinar la dirección o tendencia de las respuestas en los ítems, y se estableció la correlación entre dichos puntajes. Esta correlación permite mostrar la pertinencia de la dimensión como variable de análisis, en el contexto del aprendizaje organizacional. Se utilizó el procedimiento de análisis de varianza –ANOVA– a una vía, donde se tomó como variable dependiente el puntaje de la dimensión y como factor los hospitales.

Los procedimientos estadísticos se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS.¹

Palabras claves: aprendizaje organizacional, gestión del conocimiento y perdurabilidad empresarial.

* Propuesta presentada y aprobada por el Consejo Latinoamericano de Escuelas de Administración (CLADEA) 2005.

** PhD. Director Grupo de Investigación en Perdurabilidad Empresarial, director de la Línea de Investigación en Gestión del Conocimiento, Facultad de Administración, Universidad del Rosario.

*** Enfermera Universidad Nacional de Colombia, especialista en Gerencia de Salud Pública, Facultad de Administración, Universidad del Rosario.

¹ Statistical Package for the Social Science, ver: 11.0.

ABSTRACT

This report is part the research work that is developed inside the research line in knowledge management, in the project of organizational learning and its descriptive study that looks for to determine the incidence of the organizational learning in the committees of intra-hospitable infection of the 22 social enterprise of the state attributed to the secretary of health of Bogotá D.C.

119 surveys were obtained, of those, four were eliminated in the purification process to have less than 80% of the entirety of answered items; 3 of these corresponded oneself entity. For the above-mentioned the analysis process is based on 115 surveys of 14 organizations and the institution of services Carlos Lleras Camargo.

The measurement scale is type Likert, it is was taking references to ratify with the mode of the frequency distributions, to determine the direction or tendency, of answers in the items and the correlation was established among these quantities. This correlation allows showing the relevancy of the dimension like analysis variable in the context of the organizational learning.

Like the procedure of Analysis of Variance was used-ANOVA- as a way; where it was taking as dependent variable the quantity of dimension and as factor the hospital.

The statistical procedures were carried out using the statistical package (SPSS)

Key words: *Organizational learning, Knowledge management and Sustainability Enterprise.*

INTRODUCCIÓN

Esta ponencia forma parte del trabajo de investigación que se desarrolla dentro de la Línea de Investigación en Gestión del Conocimiento, en el proyecto “Aprendizaje organizacional”.

Las reformas a las que se ha enfrentado el sector salud en los últimos 11 años, en Colombia, han buscado solucionar una situación de ineficiencia, inequidad, baja cobertura y mala calidad en la prestación de los servicios, así como una adopción de medidas que respondan a las nuevas necesidades del entorno; condiciones que han traído consigo el cierre, fusión o

reestructuración de entidades prestadoras de salud, que no han demostrado avances hacia la consolidación de una empresa auto-sostenible, eficiente y de calidad.

La teoría de gestión del conocimiento determina que los hospitales son una empresa basada en el conocimiento, ya que sus procesos están determinados por objetivos básicos y acciones específicas, así como por una estructura en la que cada uno es responsable del cumplimiento de un objetivo, y se establece quién depende de quién en cuanto a una información específica; están compuestos en su mayor parte por especialistas, que deben marcar el rumbo y retroalimen-

tación organizada procedente de sus colegas, clientes y oficinas centrales (Drucker, 2000, pp. 2-3).

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Las infecciones intra-hospitalarias son un evento negativo de salud pública,² con un alto grado de externalidad, cuyo proceso de control, manejo y vigilancia está implícito en la garantía de calidad de los servicios ofrecidos por las instituciones prestadoras de salud, sean éstas de carácter público o privado.

Este proceso, por ser netamente institucional, debe ser prevenido, controlado, manejado y vigilado, por cuanto se encuentra enfrentado a un sin número de barreras organizacionales, una de estas es la ausencia de aprendizaje. Este aprendizaje organizacional no es simplemente la interpretación de datos o la recopilación sistemática de estos, sino su aplicabilidad para todos los especialistas, basados en objetivos claros, comunes y sencillos, que se traducen en acciones concretas.

² “Para el año 2002 fueron notificadas 10.484 infecciones intra-hospitalarias (IIH) y 12.350 en el 2003; por certificado de defunción se detectaron 414 muertes asociadas, en el año 2002, y 395 casos en el 2003. El porcentaje de muertes asociadas por año fue de 3.94% en el 2002 y 3.97% en el 2003; el índice global de IIH en el ciudad oscila entre 2.5 y 2.8, por cada 100 egresos hospitalarios”; datos que no contemplan la totalidad de los casos, debido al subregistro en el sistema. Secretaría Distrital de Salud, 2004.

A pesar de que la literatura se refiere a los hospitales como empresas de aprendizaje, aún en el ámbito de las infecciones intra-hospitalarias hay mucho por explorar, aprender, comprender y responder. De esta forma, este trabajo busca dar respuesta a la siguiente pregunta problema: ¿qué factores organizacionales de los comités de infecciones intra-hospitalarias de las empresas sociales del Estado, adscritas a la Secretaría de Salud de Bogotá, inciden en la creación e impulso del aprendizaje organizacional para el control, manejo y vigilancia de las infecciones intra-hospitalarias?

2. OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar los factores que impiden la creación e impulso del aprendizaje organizacional, para el control, manejo y vigilancia de las infecciones intra-hospitalarias en los comités de las empresas sociales del Estado, adscritas a la Secretaría de Salud de Bogotá D.C.

Objetivos específicos

- Identificar el tipo de enfoque de aprendizaje organizacional que prevalece en los comités de vigilancia de infecciones intra-hospitalarias y su consecuencia en la creación e impulso del aprendizaje organizacional.

- Identificar los factores organizacionales de los comités de vigilancia de infecciones intra-hospitalarias que impiden la creación e impulso del aprendizaje organizacional.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1. Perdurabilidad

Para el Grupo de Perdurabilidad Empresarial de la Universidad del Rosario, una empresa perdurable es aquella que, a través del tiempo, presenta resultados financieros superiores, adecua su manejo a la intensidad de las fuerzas de mercado, se enfoca en espacios no explotados y hace un estudio detallado de sus competidores, diseñando y ejecutando productivamente la cadena de valor.

Es también aquella que obtiene desempeños conducentes a estados morales, que dificultan su crecimiento rentable y que puede llegar a estados tóxicos.

3.2. Conocimiento organizacional

Entendemos el conocimiento en la empresa como el producto intelectual de las personas, generado por la asociación que resulta entre los datos e información proporcionados por los hechos, dentro del contexto específico de un escenario determina-

do, lo cuales son usados como elementos de juicio actuales que, al combinarse con elementos similares previamente almacenados en su mente y en los medios de información de la empresa, les permiten tomar las acciones necesarias para enfrentar el problema que deben solucionar (Quintero, 2003).

3.3. Gestión del conocimiento

El funcionamiento óptimo del sistema de aprendizaje está condicionado a la forma en que se gestiona la interacción entre los niveles de aprendizaje y los flujos de conocimiento, con el fin de garantizar que se convierta en una fuente de valor; esto se refiere a los mecanismos que guían y facilitan la excelencia de la conformación y mantenimiento del sistema de aprendizaje.

3.4. Aprendizaje organizacional

Aprendizaje organizacional es la capacidad que tienen las organizaciones de crear, organizar y procesar información, con el fin de generar nuevo conocimiento, que les permita desarrollar nuevas capacidades, diseñar nuevos productos y servicios, incrementar la oferta existente y mejorar los procesos; se da a través de la renovación de las estructuras y esquemas mentales y la incorporación y

producción de nuevos saberes y conocimientos en los distintos niveles (Argyris, 1999 ; Choo, 2003, pp. 1-29; Etkin, 1999, pp. 27-31).

Para Peluffo, citando a Yoguei, el aprendizaje tiene un significado que depende del nivel de aprendizaje; así, determina que el aprendizaje es:

Desde el punto de vista individual:

Un proceso de modificación de la estructura cognitiva, que integra conocimientos, habilidades y actitudes, cuyo objetivo es mejorar la situación de quien aprende o de una situación externa a él o ella.

Desde el punto de vista organizacional:

Es adquirir y aplicar los conocimientos, técnicas, valores, creencias y actitudes que incrementan la conservación y el desarrollo de una organización. Involucra una serie de operaciones mentales (atención, percepción, comprensión, memorización, análisis y pensamiento), que permiten realizar la identificación de patrones comunes entre los datos y la información.

3.5. Tipologías de conocimiento

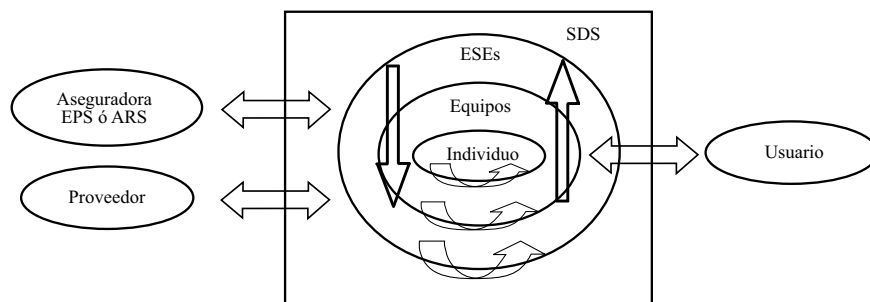
Los de mayor relevancia y aplicabilidad al aprendizaje organizacional están determinados por tres tipos de conocimiento: tácito, explícito y virtual.

3.6. Modelo de aprendizaje organizacional en el sector salud

Se considera la organización como un sistema donde los procesos de aprendizaje se dan entre sus diferentes niveles: individuo, equipo y la organización misma; donde cada uno posee un *stock* de conocimiento.

El tipo de conocimiento que se transfiere entre los niveles es dependiente de la dirección de su destino; así, el conocimiento que es transferido de la organización al equipo y/o individuo es conocimiento ya existente dentro de la organización, fruto de experiencias pasadas. A la inversa, el conocimiento es de tipo exploratorio, búsqueda de soluciones a problemas emergentes o un compartir los conocimientos que cada uno de los integrantes posee.

Así, se incorpora el modelo de conocimiento común, descrito por Dixon, el cual permite desagregar la transformación de la experiencia en conocimiento, conocimiento que se da en cada uno de los niveles de la organización. Dixon (2001, p. 20) desagrega, en el modelo de conocimiento común, la transformación de la experiencia en conocimiento, fenómeno que se da en cada uno de los niveles de la organización (individuo, grupo, organización) en los siguientes pasos:



Propuesta de modelo de aprendizaje organizacional en el sector salud

3.6.1. Componentes del modelo

- Estrella de valor del proveedor: se encuentra en la entrada. La compañía actúa como cliente del proveedor y su capacidad de generar conocimiento contribuye de forma significativa a la capacidad de creación de valor de la compañía.
- Estrella de valor del cliente: se encuentra en la salida. El contacto con los clientes produce nuevas ideas y estímulos para los procesos generativos.

3.7. Fuentes del aprendizaje organizacional

Según Garzón (2004, p.16), se han identificado diez fuentes de aprendizaje organizacional, que son: historia de aprendizaje, supuestos compartidos, experiencia, experimentación, los clientes, los proveedores, la tecnología, los practicantes, las crisis, la observación y reflexión, los sistemas de información.

3.7.1. Niveles de aprendizaje

Se refiere a niveles, es decir, los subgrupos jerárquicos de aprendizaje que comprenden la organización, así: el individuo, los equipos de trabajo, la organización (ESEs) y la interorganización (SDS).

3.7.2. Flujo de conocimiento

El flujo de conocimiento está dotado de un doble cometido: 1. Propiciar la ampliación y variación del conocimiento y 2. Descubrir el conocimiento que existe en la organización y realimentarlo, abriendo la puerta a la búsqueda de la flexibilidad, por medio de la generación y asimilación de nuevos conocimientos (exploración) y, al mismo tiempo, a la búsqueda de la eficiencia, mediante la distribución y utilización de los conocimientos disponibles dentro de la organización (explotación).

3.7.3. Organizacional

Los factores tangibles e intangibles forman una tensión dinámica, la cual, por lo común, no se identifica y no se comprende cabalmente (Cutcher *et al.* 2000, p. 73).

Factores tangibles

- La estructura:
Según Méndez (2003), cumple funciones básicas tales como: racionalizar la organización para que se cumplan los objetivos; asignar claramente responsabilidades y determinar parámetros de comportamiento laboral, de acuerdo con la división del trabajo, definiendo los límites de influencia que tiene cada cargo; identificar la dinámica sobre la que opera la organización, en términos del poder, y la toma de decisiones a partir de la jerarquización, autoridad, centralización y coordinación.
- Los sistemas y tecnologías de la información:
Esto es la tecnología o herramientas que facilitan el descubrimiento, retención, distribución o transformación de la información y los conocimientos, en un lenguaje útil y con un acceso e intercambio rápido (Prieto, 2004).
- La estrategia:
Entenderemos estrategia para esta ponencia como la capacidad de la organización de desarrollar actividades diferentes a la competencia; por tanto, consiste en ser diferente y elegir deliberadamente un conjunto de actividades para prestar una combinación única de valor

(Porter, 1999). Lo anterior, retomando a Porter (1999), se logra configurando el entorno, logrando posiciones competitivas, logrando posicionamiento, afrontando la competencia, siendo flexible.

Factores intangibles

Implica reconocer que los elementos intangibles son una parte integral para la operación del sistema. Es muy difícil desarrollar y replicar el espíritu de equipo, cuando sus miembros pueden desarrollar interdependencia, confianza y conocimiento compartido, pero su experiencia es única respecto a un centro de trabajo, contexto y grupo específico de personas (Cutcher, *et al.* 2000, p. 81).

3.8. Enfoque de aprendizaje organizacional para las empresas sociales del Estado adscritas a la Secretaría de Salud (ESES)

Donald M. Berwick³ propone un mensaje para los que deseen refor-

³ Doctor en medicina. Es una de las figuras más importantes en el movimiento que fomenta la aplicación de la calidad y los principios de aprendizaje en las organizaciones médicas. Profesor asociado de pediatría en la Facultad de Medicina de Harvard y presidente del Instituto de Mejoramiento de la Atención de la Salud.

mar políticamente la atención en salud: las reformas no funcionarán, a menos que la comunidad médica realice un esfuerzo para introducir el aprendizaje en las organizaciones (citado en Senge, 1997).

Las organizaciones de salud son empresas de equipo y capacidades humanas, que trabajan en pro de un bien social, netamente humano; es así como su conocimiento debe estar orientado a la satisfacción de las necesidades humanas, independientemente de su naturaleza (institucional o natural).

4. MARCO METODOLÓGICO

4.1. Estudio descriptivo

El estudio descriptivo delimita los hechos que conforman el problema de investigación e identifica características del universo.

Etapas de la investigación descriptiva (Suárez de la Cruz, 2003):

- Determinar con claridad las características que se desean describir.
- Definir procedimientos para realizar la observación (selección de la muestra).
- Recolección de los datos.
- Información de los resultados.

4.2. Fuentes de información

Fuente primaria: la técnica utilizada en este trabajo es la encuesta.

Fuente secundaria: recolección de datos obtenidos de la lectura de documentos, libros, tesis realizadas sobre el objeto de investigación.

4.3. Población objeto de estudio

El universo de la población estudiada es de 22 empresas sociales del Estado adscritas a la Secretaría de Salud de Bogotá D.C.

La población objeto de estudio son los comités de infecciones intra-hospitalarias de las 22 ESE's adscritas a la SDS de Bogotá, lo que comprende un total de 220 personas. Datos determinados a partir del análisis estadístico.

4.4. Definición de las variables

La definición de las variables se realizó desde el modelo de aprendizaje organizacional elaborado por los investigadores, y éstas son: fuentes del aprendizaje organizacional, niveles de aprendizaje organizacional, factores organizacionales que influyen en el aprendizaje, enfoque de la gestión del conocimiento en las ESE's, conversión del conocimiento.

4.5. Instrumento de la investigación

Se utilizó la encuesta desarrollada desde la metodología de construcción de una escala tipo Likert. Este es un tipo de escala aditiva, que corresponde, según Padua (1987, p. 163), citado por Garzón (2000, p. 188), a un nivel de medición ordinal.

4.6. Prueba piloto del instrumento

Al instrumento se le realizó la prueba piloto en dos entidades de salud que no cumplían con los criterios de inclusión; en total fue contestada por 17 miembros del comité de infecciones de estas instituciones.

4.7. Resultado de la prueba piloto

4.7.1. Selección de ítems para el formulario de encuesta

Se diseñó un instrumento compuesto por 114 ítems en una escala Likert, con los que se busca medir la creación e impulso del factor organizacional. Un análisis detallado de este ítem permitió determinar dichos factores (Plazas,⁴ 2005).

⁴ Carlos Plazas, estadístico matemático, Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Estadística y Ph.D. en Estadística, The Ohio State University.

Con este primer paso se plantea, a partir de una encuesta piloto, la idea de evaluar la pertinencia de los ítems que comprende el test, buscando, ante todo, que estos sean determinantes de los factores y, por tanto, claves en la evaluación de los objetivos.

Los ítems se construyeron siguiendo el marco conceptual y la pertinencia de cada ítem en el test, los cuales dependen en gran parte, para su formulación, del conocimiento y experiencia del investigador.

Algunos ítems, de los que presentaron correlación por debajo de 0.5, se incluyeron en el instrumento, por cuanto se creyó que su importancia era más relevante que el resultado estadístico.

5. RESULTADOS

5.1. Proceso de recolección de la información

Para la recolección de la información se realizó un encuentro con miembros de los comités de infecciones intra-hospitalarias de las 22 ESE's adscritas a la SDS; encuentro en el que participaron 11 correspondientes, a quienes se les realizó la presentación del proyecto y se les prometió la realización de las encuestas en cada una de sus entidades.

Se realizaron personalmente las encuestas, a cada uno de los miembros del comité de infecciones intra-hospitalarias. Al cierre de la recolección de información se obtuvieron 119 encuestas de 14 empresas sociales del Estado y la IPS Carlos Lleras Camargo, todas adscritas a la Secretaría Distrital de Salud.

De las 119 encuestas tabuladas, cuatro se eliminaron en el proceso de depuración, por tener menos del 80% de la totalidad de ítems contestados: tres de éstas correspondían a una misma entidad. El proceso de análisis se basó en 115 encuestas realizadas a 15 entidades públicas prestadoras de servicios de salud, adscritas a la Secretaría Distrital de Salud.

Los cálculos de la muestra poblacional correspondían a 135 encuestas, meta que se cumplió en el 85%, en un periodo de dos meses.

5.2. Análisis estadístico

Para efectos del análisis de los resultados se siguió el siguiente plan de análisis estadístico:

Una primera parte del análisis se realizó considerando las dimensiones de cada una de las áreas de evaluación, relacionadas con el aprendiza-

je organizacional. Con el objeto de asegurar la contribución del puntaje medio de la dimensión respecto al total, se estableció la correlación entre dichos puntajes. Esta correlación permite mostrar la pertinencia de la dimensión como variable de análisis, en el contexto del aprendizaje organizacional.

En cada dimensión se realizó un test de igualdad de medias, con el objetivo de probar si el aprendizaje organizacional difiere entre los hospitales. Para ello, se utilizó el procedimiento de análisis de varianza –ANOVA– a una vía, donde se tomó como variable dependiente el puntaje de la dimensión y como factor los hospitales.

Para efectos de evaluar cuáles hospitales difieren entre sí, se utilizó el método de múltiples comparaciones de Dunnett,⁵ en el que se tomó como referencia al Hospital Carlos Lleras Camargo. El nivel de significancia para decidir si la igualdad entre dos hospitales es cierta se tomó por debajo del 5%.

La escala de medición utilizada para la evaluación del aprendizaje organizacional es una escala Likert, que

⁵ Dunnett, C.W., 1955, “A Multiple Comparisons Procedure for Comparing Several Treatments with a Control”, *Journal of the American Statistical Association*, 50, pp. 1096-1121.

es una escala ordinal. El análisis se basa en el promedio de los puntajes, y estos promedios son influidos por los valores extremos (1 y 5 en la escala ordinal). Se tomó como referencia el ratificar con la moda de las distribuciones de frecuencia, para así determinar la dirección o tendencia de las respuestas en los ítems.

Los anteriores procedimientos estadísticos se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS.⁶

5.3. Caracterización de la muestra

La muestra poblacional se conformó con 115 personas, miembros de los comités de infecciones intra-hospitalarias de 14 empresas sociales del Estado y de la IPS Carlos Lleras Camargo, con una distribución por empresa y grupo profesional descrito en la tabla No 1.

TABLA 1. Distribución poblacional por empresa y grupo profesional

No.	Entidad	Grupo profesional				
		1*	2**	3***	4****	5*****
1	Tunjuelito	2	1	2	0	1
2	Nazareth	0	5	1	1	0
3	Chapinero	0	1	0	3	0
4	Meissen	1	1	0	1	2
5	Occidente Kennedy	1	0	0	0	1
6	Rafael Uribe	1	0	2	1	3
7	San Blas	2	2	2	0	3
8	Santa Clara	1	1	2	0	2
9	Vista Hermosa	0	3	3	1	2
10	Centro Oriente	1	1	1	0	1
11	Tunal	3	0	4	0	2
12	San Cristóbal	0	0	3	0	6
13	Bosa	1	1	3	0	1
14	La Victoria	4	1	2	0	7
15	Carlos Lleras	3	7	4	0	4
	Porcentaje	17,39%	20,87%	25,22%	6,09%	30,43%

Fuente: instrumento de la investigación.

* Médico especialista

** Enfermera jefe

*** Médico general

**** Profesional con especialización en epidemiología

***** Otros

5.4. Resultado por variables

Fuentes de aprendizaje organizacional. La dimensión “tecnología” no tendía a explicar el comportamiento

⁶ Statistical Package for the Social Science, Ver 11.0

de la variable, por tanto ninguno de sus ítems fue escogido para la encuesta final; de igual forma, los aspectos tecnológicos y los sistemas de información se encuentran descritos en la dimensión “factores tangibles”, de la variable “factores organizacionales”, donde presentó una mayor validez.

Análisis de correlación. El análisis correlacional refleja un alto grado de dependencia lineal, la dimensión “personas” presenta una correlación del 0.765 con el puntaje total; la dimensión “acciones” tiene una correlación con el puntaje total del 0.682 y la dimensión “curva de aprendizaje” una correlación del 0.723, con un nivel de significancia bilateral de 0.00. Demostrando así la pertinencia de la dimensiones como variables de análisis en el contexto del aprendizaje organizacional.

Análisis de varianza. Para identificar qué tanto difieren los hospitales respecto de cada una de las dimensiones (persona, acción y curva de aprendizaje), se realizó el test de igualdades de medias, con el procedimiento de análisis de varianza –ANOVA–, el cual nos arroja:

Niveles de aprendizaje. El área de estudio del aprendizaje organizacional, nivel de aprendizaje, está representada por las dimensiones: individual, equipo, organizacional e interorganizacional, las cuales fueron evaluadas en la encuesta por el ítem descrito como “análisis correlacional”.

El análisis correlacional demuestra algunas debilidades en la demostración de la pertinencia de las dimensiones, como variables de análisis en el contexto del aprendizaje organizacional. Se destaca la significancia de la dimensión “equipo”, que presenta una correlación negativa de Pearson de -0.028.

5.4.1. Análisis de varianza

Al evaluar el nivel de diferencia entre hospitales, en relación con el nivel de aprendizaje que más se destaca dentro del comité de infecciones intrahospitalarias, el análisis de varianza –ANOVA– nos muestra que:

Individuo: la media de la dimensión “individuo” se expresa con mayor tendencia positiva que la media del promedio total; se destaca la desviación, nuevamente, de los hospitales Bosa (13) y Occidente Kennedy (5), con una media de 3.52 y 3.45 respectivamente, a esto se une el Hospital Santa Clara (8), con una media de 3.6. Se observa una relativa homogeneidad en el promedio total, con una gran diferencia en el Hospital de Bosa (13).

Equipo: en la dimensión “equipo” se observa una gran tendencia negativa, por debajo de la media del promedio total, omitiendo al Hospital Occidente Kennedy, el cual presenta una tendencia positiva, con una me-

dia de 3.5 respecto de su media del promedio total. Aún no se encuentra una razón dentro de los datos que nos permita explicar la causa del comportamiento de esta dimensión.

Organización: la media de la dimensión “organizacional” tiene una tendencia hacia el promedio, con una significativa variación hacia lo negativo en el Hospital de Occidente Kennedy (5), el cual presenta una media de 2.25, dato que se contrapone a los hospitales El Tunal (11) y Tunjuelito (1), los cuales presentan una media de 4.27 y 4.25, respectivamente.

Interorganizacional: mantiene la tendencia positiva, más que la del promedio total, considerándose una de las dimensiones con mayor promedio positivo, siendo la más baja la media del Hospital de Occidente Kennedy (5), con un valor de 3.47, seguida del Hospital de Meissen, el cual tiene una media de 3.50. La media con mayor tendencia al positivo la presenta el Hospital de Nazareth (2), con una media de 4.42.

Comparaciones de Dunnett: la diferencia entre hospitales en relación con la aceptación dentro del comité de infecciones intra-hospitalarias de los niveles de aprendizaje organizacional, hallada mediante el método de múltiples comparaciones de Dunnett, nos arroja una diferencia significativa igual a 0.000 en el pro-

medio total entre el Hospital de Bosa (13) y el hospital tipo.

El Hospital de Occidente Kennedy (5) y el Hospital de Santa Clara (8) presentan, igualmente, una significancia de 0.314. Inquieta el comportamiento del Hospital de Bosa y Occidente Kennedy. Entre los hospitales con mayor igualdad frente al hospital tipo están los hospitales del Tunal (11) y Meissen (4), con una significancia de 1000.

Factores organizacionales: el área de estudio “factores organizacionales” se subdivide en dos dimensiones esenciales: los factores tangibles e intangibles, los cuales fueron evaluados por el 6° y 4° ítem, respectivamente.

Análisis de correlación: la prueba de correlación de Pearson nos arroja una contribución significativa entre los puntajes promedio de las dimensiones y el puntaje promedio total, resultado que nos permite validar la construcción del ítem y su pertinencia con el aprendizaje organizacional.

Análisis de varianza: el análisis de varianza entre las dimensiones y los hospitales nos muestra homogeneidad en la tendencia de la respuesta.

Factores tangibles: la media de la dimensión tangible se mantiene en una relativa homogeneidad con la media del promedio total; sin embargo, se observa una amplia desviación ne-

gativa en el Hospital de Bosa (13), el cual presenta una media de 2.77, a diferencia del Hospital Carlos Lleras (15), que presenta una media de 3.86.

Factores intangibles: la media oscila entre 3.5 y 4.0, rango que expresa homogeneidad de la tendencia; sin embargo, nuevamente el Hospital de Bosa (15) presenta una desviación significativa hacia lo negativo, con una media de 2.99, igual a su media del promedio total. El Hospital de Occidente Kennedy, a diferencia de su tendencia en las otras dimensiones, presenta una desviación positiva frente a los demás hospitales y a su media de promedio total, con una media de 4.0.

Comparaciones de Dunnett: continuando con la diferencia de hospitales frente al hospital tipo (IPS Carlos Lleras Camargo), con relación a los factores organizacionales que más inciden en la creación e impulso del aprendizaje organizacional en los comités de infecciones intra-hospitalarias, encontramos que:

El hospital con mayor diferencia frente al hospital tipo es Bosa (13), con una significancia del 0.000, valor muy similar a su significancia en cada una de las dimensiones: tangible 0.003 e intangible 0.008. Los hospitales que guardan mayor relación con el tipo son los hospitales de Meissen (4) y Tunal (11), con una significancia de 1.0.

5.5. Enfoques de gestión del conocimiento

La contribución del puntaje medio de estas dimensiones al puntaje final es, por parte de la dimensión técnico estructural, de 0.741, y por parte de la dimensión del comportamiento de 0.714, con una significancia de 0.000 cada una. Con esta correspondencia podemos demostrar la pertinencia de las dimensiones como variable de análisis en el contexto del aprendizaje organizacional.

5.5.1. Análisis de varianza

Técnico estructural: en el análisis de varianza –ANOVA– entre hospitales se refleja, para la dimensión técnico estructural, una relativa tendencia hacia lo positivo de la media del promedio total. Los hospitales de Bosa (13) y Tunjuelito (1) presentan, igualmente, una media de 3.05, siendo la más baja entre todos los hospitales. El hospital que sobresale en la media 4.11 es Nazareth (2), seguido por el Hospital del Tunal, con una media de 4.01.

Comportamiento: la varianza entre hospitales se encuentra en un rango que asigna homogeneidad con relación al desarrollo de la gestión del comportamiento, dentro del comité de infecciones intra-hospitalarias. Se destaca hacia la tendencia negativa

el Hospital de Bosa (13), con una media de 3.04, seguido por el Hospital de Chapinero, con una media de 3.25. Los hospitales Carlos Lleras Camargo (15) y Meissen (4), con una media de 3.95, son los de mayor tendencia positiva.

La *t* de Dunnett, en enfoque de gestión, nos muestra una amplia diferencia, al igual que las otras variables, entre el Hospital de Bosa (13) y el hospital tipo, diferencia que, según lo observado en los análisis de varianza, es una diferencia que se marca por la tendencia negativa del Hospital de Bosa (13). Se resalta la mediana diferencia entre los hospitales de Santa Clara (8) y Occidente Kennedy (5), los cuales presentan una significancia de 0.314. Por el contrario, los hospitales con una significancia igual a 1.000 son Meissen (4) y Tunal (11).

5.5.2. Conversión del conocimiento

El área de estudio del aprendizaje organizacional “conversión del conocimiento” está representada por las dimensiones: socialización, exteriorización, combinación e interiorización. En la selección de ítems para el desarrollo de la encuesta, la dimensión “exteriorización” no tendía a explicar el comportamiento de la variable, por tanto, ninguno de sus ítems fue escogido para la encuesta final. Por otro lado, la dimensión “in-

teriorización” sólo quedó representada por un ítem, el cual se incluyó en los diferentes procesos de análisis, pero su relevancia no marca una tendencia en la variable, por tanto, no es de mayor significancia para el estudio.

Análisis de correlación. La correlación entre dichos puntajes no es alta, “socialización” presenta una correlación de 0.633, “combinación” de 0.490 e “interiorización” de 0.477, con un nivel de significancia (bilateral) de 0.72 entre interiorización y combinación y de 0.02 entre interiorización y combinación, al igual que entre socialización y combinación, lo que hace débil la pertinencia de las dimensiones como variables de análisis en el contexto del aprendizaje organizacional.

Aún con las debilidades estadísticas que demuestra la variable, es importante continuar su análisis, ya que su contexto determina un proceso esencial del aprendizaje organizacional.

Análisis de varianza. El análisis de varianza de medias nos permite establecer que:

Socialización: la tendencia de la media del promedio total es hacia la homogeneidad, con un comportamiento usual en los hospitales de Bosa (13) y Occidente Kennedy (5), los cuales mantienen una tendencia negativa en la media del promedio, como en la media de la dimensión,

siendo el hospital de Occidente Kennedy (5) el que presenta la media más baja 2.87. El hospital con una media más alta es Centro Oriente (10), con una media de 4.37.

Combinación: se observa una tendencia de igualdad entre las medias, con una homogeneidad en la tendencia de las respuestas entre los hospitales. La media más baja la presenta el Hospital de Tunjuelito (1), con una media de 2.75, y la más alta la presenta el Hospital de la Victoria (14), con una media de 3.78.

Interiorización: la media de respuesta frente a la dimensión de interiorización mantiene una cercanía con la media del promedio total, con diferencias un poco amplias en los hospitales de Nazareth (2) y Vista Hermosa (9), los cuales presentan una media de 4.42 y 4.43, respectivamente; igualmente, se destaca su tendencia un poco más positiva que las dimensiones anteriores. Por ser una dimensión evaluada por un sólo ítem, que evidentemente no responde a la descripción de la variable, ésta ha sido anulada del análisis.

Después de la aplicación del método de múltiples comparaciones de Dunnett, en el que se tiene como referencia a la IPS Carlos Lleras Camargo, se mantiene el mismo nivel de significancia entre ellos, siendo el Hospital de Bosa el de mayor diferencia.

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Dada la naturaleza del Comité de Infecciones Intra-hospitalarias, éste se estableció como el escenario apropiado para determinar aquellos factores organizacionales que inciden en la creación e impulso del aprendizaje organizacional, por ser una organización independiente, constituida por miembros de diferentes niveles y disciplinas, organizada para un fin específico, con información y datos proporcionados por hechos definidos –las infecciones intra-hospitalarias–

Fuentes de aprendizaje. Esta tendencia positiva nos expresa el reconocimiento que se le da, en el Comité de Infecciones Intra-hospitalarias, a las experiencias pasadas, en la resolución de conflictos. No hay aprovechamiento de las fuentes interorganizacionales de conocimiento, e igualmente los proveedores y los clientes están siendo descuidados como fuentes de aprendizaje.

Conversión del conocimiento. Los datos ofrecidos por los resultados nos dicen que, a pesar de que existe una marcada socialización del conocimiento tácito y explícito que se posee, el proceso de combinación y análisis para hacerlo explícito en la práctica diaria no sucede, demostrando marcadas debilidades.

Enfoque de gestión. Como era de esperarse, dentro de los comités no

hay iniciativa intraemprendedora, debido, muy posiblemente, al bajo acompañamiento de las directivas y la influencia jerárquica en la toma de decisiones. De igual forma, el empoderamiento de la institución y el comité es relativamente leve, dado el poco tiempo de permanencia.

Factores organizacionales. Aunque los comités consideran poseer una estructura y estrategia acorde con el aprendizaje organizacional, presentan dificultades debido a la estructura institucional, la cual no ofrece los mecanismos eficientes de información y tecnología para dar paso al aprendizaje. Los niveles jerárquicos están influyendo la toma de decisiones y la resolución de problemas dentro del comité.

6.1. Objetivos

El objetivo que buscan describir las estrategias de conversión del conocimiento desarrolladas se encuentra representado por las dimensiones: socialización, exteriorización, combinación e interiorización; aunque en la socialización no hay dificultad para compartir habilidades, el proceso de combinación y análisis para hacerla explícita, en la práctica diaria, no sucede, por causa de insuficientes mecanismos y estrategias de análisis de la información; así mismo, la práctica diaria o interiorización del nuevo conocimiento no es basada en el desarrollo novedoso e innovador

del quehacer, sino en la obligatoriedad de la consecución de resultados.

Para el objetivo que pretendía identificar el tipo de enfoque de gestión del conocimiento organizacional que prevalece en los comités de vigilancia de infecciones intra-hospitalarias, y su consecuencia en la creación e impulso del aprendizaje organizacional, se concluyó que los comités de infecciones realizan una gestión técnico-estructural en la que, según Prieto y Rivella (2004, p. 54), la gestión del conocimiento se fundamenta en el procesamiento de gran cantidad de información, en dispositivos técnico estructurales, accesibles a todas las personas que lo requieran para dar respuestas oportunas; ejemplos claros son los libros de procesos, la bases de datos con guías de buenas prácticas, políticas, normas, entre otras.

Con relación al objetivo que buscaba identificar los factores organizacionales de los comités de vigilancia de infecciones intra-hospitalarias, que impiden la creación e impulso del aprendizaje organizacional, se resaltaron las dimensiones tangibles e intangibles destacadas por Cutcher (*et al.* 2000, p. 73). La homogeneidad en la tendencia de la respuesta nos permite pensar que los factores organizacionales tangibles e intangibles que presentan las ESE's son similares, muy a lugar dada su naturaleza, a sus fines y sus marcadores. La marcada tendencia negativa de los

factores tangibles hace entrever la ausencia de herramientas estructurales, tecnológicas y de estrategia, para el fomento del aprendizaje en las entidades.

Así, se establecen dentro de la estructura funciones claras, pero influidas por el poder jerárquico, impidiendo que el individuo proyecte su comportamiento hacia la institución a la que pertenece (Méndez, 2003). En los aspectos tecnológicos y de información, la ausencia en más de la mitad de las instituciones de plataformas de información, como la intranet y la Internet, deja en la retaguardia a la institución, frente a los hospitales que cuentan con estos apoyos tecnológicos para responder a los cambios del entorno. Aunque el sector salud se mueve en un escenario incierto, pero la nueva economía tiene en la autopista de la información y en los nuevos medios de transmisión sus elementos más importantes; por tanto, el nuevo reto de las empresas competitivas es desarrollar economías basadas en la tecnología de la información (Quintero, 2003).

Con una tendencia muy diferente a lo encontrado en los tangibles, los aspectos intangibles tienen una frecuencia de respuesta positiva, pero el ya reconocido clima organizacional de los hospitales, descrito por Quintero (*et al.* 2003), nos permite pensar que esa incapacidad para compartir ideas y depender del otro es una explicación a la sobredimen-

sión del yo en los profesionales de la salud, más aún cuando se cuenta con súper especialidades.

El objetivo dirigido a describir las fuentes de aprendizaje muestra que son reconocidas y usadas. La tendencia positiva nos expresa el reconocimiento que se le da a las experiencias pasadas en la resolución de conflictos. No hay aprovechamiento de la fuente interorganizacional de conocimiento, ni de los proveedores, ni de los clientes, abandonado esto a una fuente rica de aprendizaje.

Se puede observar que las fuentes individuales y de organización son de gran aceptación en las ESE's, caso contrario en los niveles "equipo" e "interorganizacional".

En el nivel "aprendizaje de equipo", la falta de confianza y de interdependencia trae consigo debilidad en la creación de aprendizaje de equipo; a pesar de que se desarrollan momentos de discusión experta, podemos concluir que no hay alineamiento de equipo, el cual consiste, según Senge (1997), en afirmar la capacidad del equipo para actuar y pensar en sinergia, con plena coordinación y sentido de unidad.

BIBLIOGRAFÍA

Argyris, Chris, 2001, *Sobre el aprendizaje organizacional*, Oxford University Press, México.

- CONPES 3204, 2002, *Política de prestación de servicios para el sistema de seguridad social en salud y asignación de recursos del presupuesto nacional para la modernización de los hospitales públicos*, Departamento Nacional de Planeación, Bogotá D.C.
- Choo, Chun Wei, 2003, *La organización inteligente*, Oxford.
- Cutcher Gershenfeld y colaboradores, 2000, *Trabajo impulsado por el conocimiento*, Oxford, México, primera edición en español.
- De Carvalho, Antonio Ivo, *Educación a distancia para las decisiones en salud*, Escuela Nacional de Salud Pública, Brasil.
- Dixon, Nancy M., 2001, *El conocimiento común*, Oxford, México.
- Etkin, Jorge R., 1999, *La gestión de la complejidad en las organizaciones*, Oxford, México.
- Garzón Castrillón, Manuel Alfonso, 2005, *Fuentes del aprendizaje organizacional*, Fondo Editorial Rosarista, Bogotá D.C.
- _____, *Niveles del aprendizaje organizacional*, Fondo Editorial Rosarista, Bogotá D.C.
- _____, *Condiciones del aprendizaje organizacional*, Fondo Editorial Rosarista, Bogotá D.C.
- _____, *Cultura para el aprendizaje organizacional*, Fondo Editorial Rosarista, Bogotá D.C.
- _____, *Antecedentes del aprendizaje organizacional*, Fondo Editorial Rosarista, Bogotá D.C.
- Giedion, Ursula y otros, 1999, *Medición de la eficiencia económica y de gestión en los hospitales públicos del Distrito Capital*, Secretaría de Salud de Bogotá.
- Krogh, Georg; Ichijo K; Nonaka, I., 2001, *Facilitar la creación de conocimiento*, Oxford, primera edición en español, México.
- Muñoz-Seca, Beatriz, 2003, *Del buen pensar y el mejor hacer*, McGraw Hill, España.
- Nonaka, Ikujiro; Takeuchi, Hirotaka, 1999, *La organización creadora de conocimiento*, edición en español, Oxford, México.
- Peluffo, Martha B.; E. Catalán C., 2002, *Introducción a la gestión del conocimiento y su aplicación al sector público*, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social-ILPES, Santiago de Chile.
- Prieto Pastor, Isabel María, “Gestión del conocimiento en el desarrollo de la capacidad de aprendizaje de las organizaciones: un modelo integrador”, www.gestiondelconocimiento.com, Universidad de Valladolid.
- _____, 2004, “La naturaleza dual de la gestión del conocimiento”, *Revista Latinoamericana de Administración*, No. 32, CLADEA, Bogotá, pp. 47-75.
- Quintero, Álvaro y otros, 2003, *Aprendizaje organizacional en las empresas colombianas*, Universidad de la Sabana.

- Secretaría Distrital de Salud, 2004, *Propuesta de política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de las infecciones intra-hospitalarias para Bogotá D.C.*, Bogotá, mayo.
- Senge, Peter M., 1996, *La quinta disciplina*, Ediciones Granica S.A., Barcelona, España.
- _____ y otros, 1997, *La quinta disciplina en la práctica*, Editorial Granica S.A., Barcelona, España.
- Villanueva, Luisa, 2003, *Gestión del conocimiento en el primer nivel de atención de salud*, Coopesiba Barva R. L., Heredia, Costa Rica.
- Wenger, E.; McDermott, R.; Zinder, W.M., 2002, *Cultivating Communities of Practice*, Harvard Business School Press. &