



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLAREAL
ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSTGRADO

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y SU RELACIÓN CON LA PRODUCTIVIDAD
DEL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL LUIS N. SAENZ EN EL AÑO 2019

Línea de investigación:

Salud Pública

Tesis: para optar el Grado De Magister en Salud Pública Con Mención En Gestión
Hospitalaria

Autor:

Cordova Arizaga Christiaan Julio

Asesor:

Alzamora de los Godos Urcia, Luis Alex

CODIGO ORCID:

0000-0003-1315-102X

Jurado:

Huarag Reyes, Raúl Abel

Munayco Magallanes, Americo Alejandro

Sotomayor Mancicidor, Oscar Vicente

Lima - Perú

2022

DEDICATORIA

A Dios, a mi hija y mi esposa, por ser el soporte de mi vida y acompañarme en el camino del saber.

AGRADECIMIENTO

“A mis docentes y en especial a mi tutor por su ayuda,
paciencia y experiencias.”

Índice

Caratula.....	i
Título	i
Autor:.....	i
Asesor:.....	i
Índice	iv
Resumen	x
Abstract.....	i
I. Introducción	2
1.1 Planteamiento del Problema	2
1.2 Descripción del problema.....	3
1.3 Formulación Del Problema.....	4
- Problema General	4
- Problemas Específicos:	4
1.4 Antecedentes.....	5
1.5. Justificación del Estudio.....	14
1.6. Limitaciones de la Investigación	14
1.7. Objetivo de Investigación.....	15
- Objetivos General	15
- Objetivos Específicos	15
1.8. Hipótesis	16
II. Marco Teórico.....	18
2.1. Marco Conceptual.....	25
III. Método.....	28

3.1. Tipo de Investigación	28
3.2. Población y muestra.....	28
3.3. Identificación de Variables y Operacionalización.....	29
3.4. Instrumento de Recolección de Datos	42
3.5. Procesamiento.....	43
3.6. Análisis de los datos	44
3.7 Consideraciones Éticas:.....	44
IV. Resultados	45
V. Discusión de resultados	64
VI. Conclusiones	70
VII. Recomendaciones.....	71
VIII. Referencias.....	72
IX. Anexos.....	78
ANEXO A: Matriz de Consistencia	79
Anexo B: instrumento.....	82
ANEXO C: Validación por Juicio de Expertos	82

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de valoración de actitudes llevadas a cabo en su hospital y la productividad del personal de salud	45
Tabla 2. Relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de actividades de socialización (conocimiento tácito a tácito) y la productividad del personal de salud	46
Tabla 3. Determinar la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de actividades de exteriorización (conocimiento tácito a explícito) y la productividad del personal de salud.....	47
Tabla 4. Relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de actividades de combinación (conocimiento explícito a explícito) y la productividad del personal de salud	48
Tabla 5. Determinar la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de actividades de interiorización (conocimiento explícito a tácito) y la productividad del personal de salud.....	48
Tabla 6. Relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión implementación de un programa de gestión del conocimiento y la productividad del personal de salud	50
Tabla 7. Relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones de innovación – contexto de trabajo y tecnologías de la información y la productividad del personal de salud.....	51
Tabla 8. Relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones de innovación – valoración de actividades y tecnologías de la información y la productividad del personal de salud.....	52
Tabla 9. Relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones de tecnologías de la información como fuente de ventaja competitiva y la productividad del personal de salud.....	53

Tabla 10. Relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones de tecnologías de la información - valoración del uso de las ti y la productividad del personal de salud	53
Tabla 11. Relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de observación y la productividad del personal de salud.....	55
Tabla 12. Relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones de experimentación y/o simulación de procesos y servicios y la productividad del personal de salud	55
Tabla 13. Relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones dialogo creativo e intercambio de ideas y la productividad del personal de salud.....	56
Tabla 14. Relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones de elaboración de manuales y documentos y la productividad del personal de salud	58
Tabla 15. Relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones actualización constante de base de datos y la productividad del personal de salud.....	59
Tabla 16. Relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones de diálogo y su correspondiente documentación y la productividad del personal de salud.....	59
Tabla 17. Relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones de educación y entañamiento formal y la productividad del personal de salud	60
Tabla 18. Relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de acceso especializado de revistas y la productividad del personal de salud	61
Tabla 19. Relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de publicación de información interna y la productividad del personal de salud	63

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Valoración de actitudes llevadas a cabo en su hospital.....	45
Figura 2. Actividades de Socialización (conocimiento táctico a táctico).....	46
Figura 3. Actividades de Exteriorización (conocimiento táctico a explícito)	47
Figura 4. Actividades de Combinación (conocimiento explicativo a explícito)	48
Figura 5. Actividades de Interiorización (conocimiento explícito a táctico)	49
Figura 6. Implementación de un programa de gestión del Conocimiento.....	50
Figura 7. BLOQUE: INNOVACIÓN Contexto en que trabaja el Hospital	51
Figura 8. BLOQUE: INNOVACIÓN Valoración de actividades llevadas a cabo en su Hospital	52
Figura 9. Bloque: Tecnologías de la Información (TI) Las TI como fuente de ventaja competitiva.....	53
Figura 10. Bloque: (TI) Valoración del uso de las TI en el Hospital	54
Figura 11. Observación del comportamiento de los clientes.....	55
Figura 12. Experimentación y/o simulación de procesos o servicios.....	56
Figura 13. Dialogo creativo y el intercambio de ideas en todos los niveles del hospital	57
Figura 14. Elaboracion de manuales, documentos y best practices de servicios y procesos	58
Figura 15. Actualización constante de bases de datos de servicios y proceso	59
Figura 16. Dialogo y su correspondiente documentación con elementos de nuestro entorno: usuarios, otros hospitales, proveedores, etc.	60
Figura 17. Educación y entrenamiento formales con cursos, ya se proporcionado por el personal del mismo hospital o por agentes externos.....	61
Figura 18. Acceso a información especializada mediante revistas, manuales, libros y otros	62

Figura 19. Publicación de información interna del hospital para todos los trabajadores de salud y para el público en general	63
--	----

Resumen

Se realizó una investigación con la finalidad de determinar la relación entre la gestión del conocimiento y la productividad del personal de salud del Hospital Luis N. Sáenz en el año 2019, para lo cual se realiza una investigación en una muestra representativa de 69 profesionales de la salud entre médicos y enfermeras, a los cuales se le aplicó un cuestionario semi estructurado y realizado los análisis de las variables en mención con prueba de ANOVA. Se encuentra como resultados que no hay relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de valoración de actitudes llevadas a cabo en su hospital y la productividad del personal de salud. La relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de Socialización (conocimiento tácito a tácito) y la productividad del personal de salud, no muestra diferencias significativas. No se encuentra una relación estadística entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de Exteriorización (conocimiento tácito a explícito) y la productividad del personal de salud. La relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de Combinación (conocimiento explícito a explícito) y la productividad del personal de salud, no muestra relación significativa. No se reporta relación estadística entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de Interiorización (conocimiento explícito a tácito) y la productividad del personal de salud. Existe relación significativa entre la gestión del conocimiento en la dimensión Implementación de un programa de Gestión del Conocimiento y la productividad del personal de salud. La relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones de Innovación y tecnologías de la información y la productividad del personal de salud, no muestran significancia. Finalmente solo se demuestra la relación entre la gestión del conocimiento y la productividad del personal de salud del Hospital Luis N. Sáenz en el año 2019 en la dimensión de implementación de un programa de capacitación .

Palabras Clave: Gestión del conocimiento, productividad, personal de salud.

Abstract

An investigation was carried out in order to determine the relationship between knowledge management and the productivity of the health personnel of the Luis N. Saenz Hospital in 2019, for which an investigation is carried out in a representative sample of 69 health professionals among doctors and nurses, to whom a semi-structured questionnaire was applied and the analysis of the variables mentioned with proof of ANOVA. It is found as results that there is no relationship between knowledge management in the dimension of attitude assessment carried out in your hospital and the productivity of health personnel. The relationship between knowledge management in the Socialization Activities dimension (tacit to tacit knowledge) and the productivity of health personnel does not show significant differences. There is no statistical relationship between knowledge management in the Externalization Activities dimension (tacit to explicit knowledge) and the productivity of health personnel. The relationship between knowledge management in the Combination Activities dimension (explicit to explicit knowledge) and the productivity of health personnel does not show a significant relationship. No statistical relationship is reported between knowledge management in the Internalization Activities dimension (explicitly tacit knowledge) and the productivity of health personnel. There is a significant relationship between knowledge management in the Implementation dimension of a Knowledge Management program and the productivity of health personnel. The relationship between knowledge management in the dimensions of Innovation and information technologies and the productivity of health personnel do not show significance. Finally, the relationship between knowledge management and the productivity of health personnel at Luis N. Saenz Hospital in 2019 only is demonstrated in the Implementation dimension of a Knowledge Management program.

Keywords: knowledge management, productivity, health personnel.

I. Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo principal mostrar el impacto que tiene la gestión del conocimiento sobre la productividad en el hospital Luis n saenz , para lo cual procederemos a plantear el problema describiendo sus respectivas variables para realizar la formulación de la pregunta principal , proseguiremos los antecedentes nacionales e internacionales y la justificación del problema que atañe a la tesis a nivel macro para finalmente terminar con el planteamiento de nuestra hipotesis de estudio antes de continuar con el respectivo marco teorico..

1.1 Planteamiento del Problema

El continuo avance tecnológico hace posible que las organizaciones innoven sus productos, bienes o servicios de manera constante, con la finalidad de sobrevivir a la competencia y economía global. Para lograr todo esto es importante la implementación adecuada de la Gestión de Conocimiento (GC) dentro de la organización con el objetivo de explotar su capacidad intelectual en todos sus procesos dentro y fuera de la organización (Coroso, et al., 2001)

En la actualidad la innovación forma parte de los procesos de toda organización, el cual no solo influye en sus procesos, sino que también forma parte de la adquisición de nuevos conocimientos y mejora mediante la explotación de los conocimientos existentes. Así mismo, la innovación forma parte de la competitividad entre las instituciones y establece las bases en la formación de las estrategias empresariales.

El conocimiento y la innovación se encuentran directamente relacionados. En este sentido se puede decir que el conocimiento es la base fundamental para los procesos de innovación y que los resultados obtenidos de la innovación (procesos, servicios, productos) a su vez, generan nuevos conocimientos que se relacionan o amplían con conocimientos anteriores (Coronel y Rojas, 2013). Así mismo, la innovación es un proceso que a su vez contribuye a crear nuevos conocimientos, en donde la base para lograr todo esto, es el conocimiento ya disponible, conocimiento que necesita ser adquirido y compartido por el grupo de personas involucradas en el proceso (Nonaka y Takeuchi, 1995).

A nivel empresarial, el conocimiento es considerado un recurso vital para el correcto funcionamiento de todos los procesos de la organización. Bueno y Salmador (2000) definen la Gestión de Conocimiento (GC) como “la función que planifica, coordina y controla los flujos de conocimientos que se producen en la organización en relación con sus actividades y entorno con el fin de crear competencias esenciales” (pp.5).

1.2 Descripción del problema

En la actualidad la tecnología es considerado un factor clave en la búsqueda de fortalecer la Gestión del Conocimiento. A pesar de esto, no se evidencian muchas investigaciones de las TI como soporte para la GC, y las existentes se limitan a brindar recomendaciones para mejorar la Gestión del Conocimiento sin contar con ninguna base empírica que lo sustente. Por otro lado, es importante destacar el uso de las nuevas tecnologías de la información como; el internet, softwares, prototipos y herramientas en las mejoras de los procesos del conocimiento. El avance de la tecnología hace posible que la información pueda ser codificada y transmitida a través de las nuevas tecnologías de la información. No obstante, es importante mencionar que el conocimiento tácito no puede ser codificado.

Las organizaciones consideran que las TI son parte fundamental para la GC, es por ello que invierten en nuevos hardware y softwares. Esto se debe a la creciente demanda actual de la información para gestionar y compartir información de manera rápida y precisa. También que la tecnología ofrece un campo más amplio al acceso de la información facilitando y estableciendo el entorno digital como un nuevo canal de comunicación y conocimiento.

De esta forma tras intentar clarificar que la administración del conocimiento y las ciencias de la salud configuran imbricados en una colaboración creciente, es el momento de analizar con más detalle qué es la “gestión del conocimiento” y qué aporta de nuevo de la productividad del personal de salud del Hospital Luis E. Sáenz.

1.3 Formulación Del Problema

Por lo tanto, la pregunta que se pretende responder al realizar esta investigación es:

- **Problema General**

¿En qué medida la gestión del conocimiento se relaciona con la productividad del personal de salud del Hospital Luis N. Sáenz en el año 2019?

- **Problemas Específicos:**

- ¿Cuál es la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de valoración de actitudes llevadas a cabo en su hospital y la productividad del personal de salud?
- ¿Cuál es la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de Socialización (conocimiento tácito a tácito) y la productividad del personal de salud?
- ¿Cuál es la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de Exteriorización (conocimiento tácito a explícito) y la productividad del personal de salud?
- ¿Cuál es la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de Combinación (conocimiento explícito a explícito) y la productividad del personal de salud?
- ¿Cuál es la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de Interiorización (conocimiento explícito a tácito) y la productividad del personal de salud?

- ¿Cuál es la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión Implementación de un programa de Gestión del Conocimiento y la productividad del personal de salud?
- ¿Cuál es la relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones de Innovación y tecnologías de la información y la productividad del personal de salud?

1.4 Antecedentes

La literatura reporta una variedad de trabajos relacionados a auditoria de registro de la historia clínica y sobre la calidad de los procesos que dependen de dicha historia, dichos trabajos se organizan en el presente capitulo para darle base científica a la presente investigación.

Salas (2011) realizó un estudio con el objetivo de evaluar la calidad de la elaboración de las historias clínicas por parte de los internos de medicina en el Hospital Dos de Mayo, los cuales deben cumplir con ciertos estándares de calidad determinados por el Ministerio de Salud. La metodología utilizada fue descriptiva, retrospectivo, observacional y transversal. La muestra estuvo conformada por 380 historias clínicas durante el año 2006. Como instrumento se utilizó una ficha de auditoría del MINSa. Se obtuvo como resultado que; el 100% cumple efectivamente con el registro de la fecha y edad de cada paciente, con un menor porcentaje el 96,6% registra también el sexo del paciente, solo el 41,8% registra además los antecedentes patológicos del paciente, El 94,7% también registró el tratamiento, el 79,2% registró las historias clínicas con letra legible, solo el 93,9% de las HC analizadas presentó el nombre del interno de medicina y el 84,5% presentó además la firma y sello del médico a cargo.

Quiñones et al. (2014) realizaron una investigación con el objetivo dar validación al formulario de auditoria para la sífilis congénita y gestacional en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). Para ello se basaron en una metodología descriptiva transversal. La muestra estuvo constituida por HC de las pacientes con VDRL positivo en el CHPR. Se obtuvo como resultado que de un total de 1 096 nacimientos durante el periodo de estudio solo el 1,82% equivalente a 20 pacientes dio positivo para sífilis. Por último, se llegó a la

conclusión que, con la correcta aplicación del formulario de auditoria para sífilis, se implementaran mejores estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento para esta enfermedad. Así mismo, se destaca que una de las barreras para erradicar la sífilis, es el diagnóstico tardío y el tratamiento oportuno.

Silva, et al (2009) realizaron una investigación con el objetivo de conocer lo que opina el grupo de enfermería acerca de las ventajas y desventajas de la prescripción electrónica y la importancia que tienen los registros de enfermería en la HC electrónica para brindar una mejor calidad en el servicio hospitalario. Para ello realizaron una investigación descriptiva, encuestando al personal de enfermería del Hospital Privado de Fortaleza. Se obtuvo como resultado que las historias clínicas electrónicas presentan un gran número de ventajas de mejora como; la legibilidad de los archivos, mejorar en la organización, fácil registro, fácil acceso a la información, ayuda a emitir las facturas medicas de manera más rápida y mejora los tiempos en los procesos de auditoría. No obstante, también se encontraron desventajas como; la duplicación de las prescripciones médicas sin tener una adecuada evaluación, estar expuestos a las fallas que puede presentar el sistema de data de la información. Se llegó a la conclusión de que las historias clínicas electrónicas con la ayuda de la tecnología apuntan a transformar el registro de las mismas, reduciendo costes y mejorando la eficiencia del personal de enfermería.

Ayach, et al., (2013) realizaron una investigación con el objetivo de analizar los procesos de auditoria realizados en el Sistema de Salud de Brasil específicamente en el servicio de salud bucal. Se obtuvo como resultado que se encontraron 6 artículos de auditoria dental del SUS en donde se destaca el rendimiento del auditor dental. El papel del auditor dental se centra en analizar, controlar y supervisar la planificación de procedimientos y estrategias. Se llegó a la conclusión de que no hay suficientes estudios de auditoria dental del SUS, los procesos de auditoria son considerados una herramienta de gestión fiable e imprescindible para los gerentes en la toma de decisiones relacionadas a la salud.

Grespan y D'Innocenzo (2009) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de verificar la calidad del registro de las HC de los pacientes atendidos en el Hospital del Municipio de Sao Paulo – Brasil, por medio de la auditoria. Para ello se basaron en un estudio retrospectivo, descriptivo con el análisis documental de las historias clínicas. La muestra

estuvo constituida por 424 HC del noviembre 2006 hasta enero 2007. Se obtuvo como resultado que el 26,7% de las HC analizadas son consideradas como malas, regulares el 64,6% y buenos el 8,7%. Se llegó a la conclusión que la presente investigación facilitó la identificación de varios desvíos los cuales fueron analizados por el Departamento de enfermería en donde se proponen nuevas estrategias y objetivos para mejorar los registros de las HC y así mejorar la eficiencia de la asistencia de enfermería.

Llanos et al., (2002) refieren que el objetivo de la auditoria medica es identificar las disfunciones e irregularidades médicas y administrativas. En ese sentido realizaron una investigación con el objetivo de identificar y analizar el objeto de las emisiones de CITT (Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo). La investigación se llevó a cabo el año 1996 en 17 centros de EsSalud en la ciudad de Lima y Callao. La muestra estuvo conformada por 41 918 certificados, empleando 8 criterios para verificar la veracidad de los mismos. Los resultados demostraron que más del 50% de los CITT no cumplen con los 8 criterios establecidos. El 45,46% de los CITT no tiene registro de la HC, el 10,82% no coincide la fecha de registro con la HC. Finalmente se llegó a la conclusión gran parte de los errores en los CITT se relacionan con problemas administrativos.

1.1.1 Antecedentes a nivel nacional

Matzumura et al, (2014) realizaron una investigación con el objetivo de determinar si las Historias Clínicas (HC en adelante) de los pacientes están debidamente registradas en las oficinas externas del Servicio de Medicina Interna de la Clínica Peruana Japonesa. Para ello se analizó 323 HC mediante el proceso de muestreo aleatorio simple. Las HC fueron evaluadas de acuerdo a una ficha de auditoria comprendida por diez ítems, cada ítem tenía un valor de diez puntos, obteniendo cien puntos en total. Los diez ítems estuvieron comprendidos por: fecha y hora de atención, legibilidad y pulcritud, signos vitales, adecuada anamnesis, diagnostico, examen físico, otros exámenes, plan de trabajo, firma - sello médico y tratamiento completo. Se calificaron como “aceptables” a HC que tenían 80 a 100 puntos y “falta mejorar” a aquellas menores a 80 puntos. Se obtuvo como resultado que; 206 historias clínicas (63,8%) tenían una calidad de registro aceptable, mientras que las 117 HC (36,2%) fueron calificadas con “falta mejorar”. Por último, se llegó a la conclusión que al

obtener un resultado favorable de HC (63,8%), se cumplen con los estándares de la clínica Peruano Japonesa.

1.1.2 Antecedentes a nivel Internacional

Henríquez et al., (2015) realizaron un proyecto factible, tomando como base una investigación de campo. El objetivo principal fue proponer un modelo de capacitación docente en SEDUCLA-Cs relacionado a los entornos virtuales. En la fase diagnóstica, se creó el modelo recolectando la información con un cuestionario tipo escala de “Licrert” validada por juicio de expertos. En la fase factibilidad se evidenció la posibilidad de crear el modelo. Por último, en la fase tres, con los resultados de las fases anteriormente mencionadas, se procedió a diseñar el modelo cumpliendo con el marco de los postulados pedagógicos el cual sustenta la educación y aprendizaje virtual.

Arroyo (2009) manifiesta que “la formación recursos humanos en promoción de la salud” genera el interés de las universidades, organizaciones y el sector salud impulsándolos a desarrollar guías curriculares y propuestas de mejora en las competencias profesionales relacionados a programas especializados en la salud. Uno de los grupos a donde está dirigido estos programas es al personal de salud público en servicio directo. Así mismo, se pretende que esta iniciativa se fortalezca y se expanda a nivel iberoamericano. Por otro lado, el CIUPES desde su creación ha ejercido las siguientes funciones: es el encargado de fortalecer la red de investigadores, académicos y colaboradores asociados a la EDSA y PS, se encarga de facilitar las relaciones de colaboración e intercambio entre instituciones que son miembros, generar conciencia en relación a la importancia de las iniciativas de la “formación de recursos humanos”, incitar al desarrollo de actividades y cursos de capacitación especializados en EDSA y PS, se encarga de la edición y publicación de documentos técnicos y libros relacionados a la formación de recursos humanos.

Hueso, et al., (2016) manifiestan que la Formación Superior de Ciencias de la Salud de España, necesita ser modificada. Esto con la finalidad de dotar a los alumnos desde el inicio de la carrera universitaria con una serie de competencias básicas como la comunicación científica y la gestión de la información. El objetivo de su investigación fue evaluar el nivel de satisfacción y eficacia del programa de capacitación educativa que recibieron los alumnos de Ciencias de la salud. Para ello se basaron en una metodología

cuasiexperimental. La muestra estuvo conformada por 108 alumnos de enfermería, terapia ocupacional y fisioterapia. Se obtuvo como resultado que con el programa de capacitación educativa mejoro en los participantes sus destrezas cognitivas, asimismo, contribuyo a mejorar la percepción de los alumnos relacionado a la investigación, conocimiento y habilidades.

Franco, et al (2015) refieren que las Instituciones encargadas de prestar servicios de la Salud tienen por obligación capacitar a su personal en tecnología biomédica con la finalidad de satisfacer con la demanda de las nuevas tecnologías. Se realizo la investigación con el objetivo de revisar y comparar los modelos de capacitación de hospitales y clínicas de Colombia. Para ello se realizó la búsqueda bibliográfica relacionada al problema de investigación. Se obtuvo como resultado que el nuevo personal debe no solo ser capacitado, sino que también debe se revaluado con la finalidad de conocer sus falencias y brindarle una mejor capacitación.

Arboleda (2014) realizo un estudio con el objetivo de dar a conocer que conceptos tienen los gerentes de las Instituciones de Salud referente a la GC, en las distintas temáticas como; la política de la investigación, visión estratégica de la organización, tecnologías, acceso y transmisión del conocimiento. Para ello se basaron en una metodología de investigación cualitativa. La muestra estuvo conformada por 15 directivos de distintas Instituciones de Salud. Se obtuvo como resultado la mayoría de los directivos no tienen claro el concepto de GC. Así mismo, un gran número de instituciones de la salud no cuentan con políticas de financiación e investigación. Los empleados no son capacitados debido a la falta de programas de enseñanza que vayan acorde con sus necesidades. Una de las barreras para el aprendizaje son el tiempo y la economía.

Alvarado (2010) realizo una investigación con el objetivo de describir la experiencia del personal de enfermería al cuidado de un paciente con enfermedad crónica después de recibir una capacitación. Para ello se basó en una metodología cualitativa. La muestra estuvo conformada por once informantes. Se obtuvo como resultado que la experiencia del personal de enfermería se vive en tres fases relacionadas entre sí. El proceso se inicia con la exploración y cuidado, seguida de la comprensión y el progreso, finalmente se analizan los resultados y se preparan para nuevos retos referidos al cuidado de pacientes.

Zuliani, et al., (2015) realizaron una investigación con el objetivo de comprender como influye en los estudiantes de medicina la visita de domiciliaria de sus familiares en su formación integral. Para ello se basaron en una metodología de estudio cualitativo. La muestra estuvo conformada por 36 participantes entre docentes y estudiantes. Se obtuvo como resultado que la visita familiar influye de manera positiva en los estudiantes de medicina ayudándolos a mejorar la relación médico paciente y generando compromiso social. Así mismo, se evidencio una mejora en la responsabilidad de su quehacer médico – puericultor.

Villegas et al. (2012) realizaron una investigación con el objetivo de analizar la función del tutor, la formación impartida por los profesores y la capacidad de recepción de los alumnos y por último analizar el desempeño del tutor en el ABP. Se baso en una metodología de estudio cualitativo. Se obtuvo como resultado que la función del tutor a contribuido de manera positiva y ha creado nuevos roles entre los estudiantes y sus docentes. Así mismo se encontró satisfacción por parte de los estudiantes con la nueva manera de relacionarse con sus profesores. Por último, se recomienda dar mayor énfasis a las capacitaciones en miras de fortalecer la función de los tutores.

Vega y Aramendi (2011) realizaron una investigación con el objetivo de realizar un diagnóstico sobre las necesidades formativas de los estudiantes en su primer curso del Programa de requisito vocacionales iniciales en la provincia de Gipuzkoa. La metodología utilizada corresponde a una investigación descriptiva y exploratoria. Se obtuvo como resultado que los alumnos presentan necesidades formativas en el ámbito laboral, identificación de oportunidades en el mercado, habilidades en la búsqueda de empleo y también en los relacionado a lo afectivo y relacional.

Ippolito et al., (2005) manifiestan que en América Latina se está promoviendo los programas integrales en promoción de la salud desde las escuelas. Esta iniciativa se realiza con la finalidad de instruir a las los niños desde su formación escolar con el conocimiento, destrezas y habilidades que los ayuden a cuidar de sus saludes, así como de la de su familia y comunidad. Estos programas tienen como base tres componentes: “La Iniciativa se centra en tres componentes: la educación para la salud con enfoque integral, la creación y mantenimiento de entornos físicos y psicosociales saludables, y el acceso a servicios de

salud, salud mental, alimentación sana y vida activa”. Para que estos programas resulten exitosos es necesario involucrar a toda la sociedad con la finalidad de obtener recursos humanos y materiales en la búsqueda de fomentar la salud a nivel escolar.

Gabante y Garrido (2012) refieren que en la Universidad Centrooccidental Lisandro Alvarado, el Decanato de Ciencias de la Salud, está promoviendo que los programas de medicina y enfermería se desarrollen de manera virtual. En este proceso de cambio se encuentran trabajando en primera línea los docentes de computación de la misma universidad. Así mismo, con la finalidad de que esta migración a lo virtual sea exitosa se está promoviendo conjuntamente la capacitación de los docentes en la gestión de cursos en línea, selección de material didáctico, rediseño del programa y el uso de la plataforma virtual para subir sus clases virtuales. Los resultados obtenidos demuestran que los docentes se están acoplando a las necesidades de migrar a las clases virtuales. Por otro lado, es importante mencionar que a la fecha los equipos tecnológicos de la universidad son obsoletos para desarrollar las funciones requeridas.

Costa et al., (2012) manifiestan que el Sistema de Información de la Atención Básica (SIAB), es fundamental para la planificación de los servicios y actividades brindados en la unidad estratégica de salud familiar. Este instrumento tiene como finalidad analizar en qué situación de salud se encuentra la población asistida y la evaluación del trabajo en equipo. Los datos fueron analizados a través de la frecuencia absoluta y relativa con el software de datos Excel. Se llegó a la conclusión de que el análisis de los datos obtenidos contribuye a la toma de sesiones basándose en la realidad situacional de la población.

Tarango y Machado (2012) afirman que el empleo de las TIC debe ser una prioridad en los países que buscan el desarrollo integral. Su investigación se centra en dar a conocer la contribución desarrollada en Cuba para la preparación científica y pedagógica de profesionales de la salud, favoreciendo a su desempeño laboral. En primer lugar, se procedió a desarrollar un análisis de las necesidades y una propuesta de capacitación sobre la digitalización, los cuales se centran en la resolución de problemas presentes día a día en las actividades de gestión de la información en los centros de salud. Posterior análisis, el trabajo se valoró con los resultados mediante técnicas de investigación cualitativa en donde intervinieron expertos en informática y salud.

Echeverri et al., (2016) afirman que la capacitación del personal asistencial en salud es primordial para mejorar en los procesos de la institución y en el uso de las nuevas tecnologías biomédicas. Se pretende que el personal con experiencia capacite al nuevo personal sin afectar sus labores diarias. El objetivo de este estudio es presentar un modelo de capacitación para el personal asistencias, que contribuya a la formación de nuevas habilidades y conocimientos. Este modelo cuenta con un diseño que permite capacitar a todo el personal, sin afectar los procesos de la institución el cual se reflejara posteriormente en la calidad de la atención en la salud.

Martínez et al., (2015) refieren que según los diferentes espacios culturales y contextuales es posible transferir conocimiento para la salud pública. El desarrollo de su investigación se da gracias a la metodología presentada por lecciones aprendidas sobre la GC basados en la experiencia, condiciones y liderazgo social. Los resultados de la investigación demuestran que la gestión social del conocimiento puede ser compartida mediante redes de conocimientos, tanques de pensamientos y observatorios. Finalmente se llegó a la conclusión que “las lecciones aprendidas confluyen en promover procesos de participación social para la construcción colectiva de conocimiento y abordar debates sobre la igualdad de oportunidades regionales en Colombia”.

Molina et al. (2016) realizaron una investigación con el objetivo describir en que condición labora el personal de salud que tienen vínculo con programas de salud pública. Para ello se basaron en una metodología descriptiva de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 672 trabajadores de las instituciones de salud durante el año 2013. Se obtuvo como resultado la mayor parte del personal tiene formación en enfermería, odontología y medicina. Se encontraron problemas laborales debido a que son contratados por periodos cortos y porque no son capacitados de manera adecuada y constante. La mayor parte de los encuestados aprobaron el examen de conocimientos como requisito para ingresar a laborar. Finalmente se llegó a la conclusión de que existe una limitación en la formación debido a que no son capacitados constantemente.

Gaspar y Frederico (2016) realizaron una investigación con el objetivo de evaluar la percepción de los trabajadores de las instituciones de salud donde laboran con respecto a la GC. La muestra estuvo conformada por 671 trabajadores de 10 instituciones de la salud en

Brasil, las cuales manejan diferentes modelos de la GC. Los resultados evidencian percepción de moderada con respecto a la GC y diferencian entre los modelos de GC de las 10 instituciones. Finalmente se llegó a la conclusión que la GC que el modelo de gestión influye en el actuar de cada institución.

Arboleda (2016) realizó una investigación con el objetivo de “identificar la familiarización, la conceptualización y constitución de empleados de instituciones de salud de complejidad medianas y altas en el Valle de Aburrá, Colombia respecto a la plataforma de gestión de conocimientos estratégica 2011”. Para ello se basó en una metodología de corte transversal, mediante encuestas. La muestra estuvo conformada por 224 colaboradores de las Instituciones de Salud. Se obtuvo como resultado que el 38,8% de los colaboradores no se encuentran familiarizados con la GC, el 65,2% afirman como concepto de la GC la organización, la transferencia, la creación y la aplicación del conocimiento. El 78,7% afirma que la GC forma parte de la estrategia de la institución.

1.5. Justificación del Estudio

Un aspecto clave para las instituciones en donde no queda excluida las instituciones del sector salud, es importante que estas evalúen el desempeño de sus colaboradores y como estos generan valor para la institución. Prasad et al., (2015) afirman que “la productividad es un indicador clave de la eficiencia y la competitividad”.

Si bien la productividad es un término ampliamente usado por las organizaciones y proyectos de investigación, es importante mencionar que la “productividad” no tiene una definición uniforme con base científica, pues es confundida en su interpretación con rentabilidad, eficacia y eficiencia (Prasad, et al, 2015; Kämäräinen et al., 2016; Tangen, 2005).

Para medir la productividad en el sector salud es importante considerar diferentes aspectos ya que no es lo mismo evaluar a un médico cirujano que a un enfermero pues, estos deben ser evaluados de acuerdo a su responsabilidad dentro de la institución. Por ejemplo, el médico cirujano será considerado productivo de acuerdo al número de operación que realice en un tiempo determinado y por otro lado el enfermero por su rol en atención al paciente (Aliaga, 2018). Es por ello que es importante conocer por cada trabajador su resultado de productividad.

En este sentido en el presente trabajo nos propusimos medir e qué medida la gestión del conocimiento se relaciona con la productividad del personal de salud del Hospital Luis N. Saenz en el año 2019.

1.6. Limitaciones de la Investigación

Una de las principales limitaciones es que la investigación sobre el tema tiene poco valor comparativo debido a la falta de proximidad en los hallazgos y la difícil calibración de las dimensiones del estudio.

1.7. Objetivo de Investigación

- *Objetivos General*

Determinar la relación entre la gestión del conocimiento y la productividad del personal de salud del Hospital Luis N. Saenz en el año 2019.

- *Objetivos Específicos*

1. Determinar la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de valoración de actitudes llevadas a cabo en su hospital y la productividad del personal de salud.
2. Determinar la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de Socialización (conocimiento tácito a tácito) y la productividad del personal de salud.
3. Determinar la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de Exteriorización (conocimiento tácito a explícito) y la productividad del personal de salud.
4. Determinar la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de Combinación (conocimiento explícito a explícito) y la productividad del personal de salud.
5. Determinar la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de Interiorización (conocimiento explícito a tácito) y la productividad del personal de salud.
6. Determinar la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión Implementación de un programa de Gestión del Conocimiento y la productividad del personal de salud.
7. Determinar la relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones de Innovación y tecnologías de la información y la productividad del personal de salud.

1.8. Hipótesis

Para el desarrollo de la investigación se ha planteado las siguientes hipótesis:

Hipótesis alterna (H1)

A mayor nivel de gestión del conocimiento, mayor productividad del personal de salud del Hospital Luis N. Saenz en el año 2019.

Hipótesis nula (H₀):

A mayor nivel de gestión del conocimiento, menor productividad del personal de salud del Hospital Luis N. Saenz en el año 2019.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

- Existe relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de valoración de actitudes llevadas a cabo en su hospital y la productividad del personal de salud.
- Existe relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de Socialización (conocimiento tácito a tácito) y la productividad del personal de salud.
- Existe relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de Exteriorización (conocimiento tácito a explícito) y la productividad del personal de salud.
- Existe relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de Combinación (conocimiento explícito a explícito) y la productividad del personal de salud.
- Existe relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de Interiorización (conocimiento explícito a tácito) y la productividad del personal de salud.

- Existe relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión Implementación de un programa de Gestión del Conocimiento y la productividad del personal de salud.
- Existe relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones de Innovación y tecnologías de la información y la productividad del personal de salud.

II. Marco Teórico

Mapas del Conocimiento

Señala donde se encuentra el conocimiento mas no lo contiene. En otras palabras, se puede decir que es una guía para encontrar la información y no un almacén de información. El mapa de conocimiento tiene como objetivo orientar a un individuo hacia dónde acudir cuando necesita de un experto y facilita el contacto entre el individuo y el experto. Así mismo, brinda información confiable o ayuda a encontrarla de manera más rápida permitiendo a los colaboradores trabajar con información confiable y certera. Cada colaborador de la institución contiene cierta información del mapa en su cabeza, por lo tanto, se empezará un estudio preguntando a cada individuo “¿A dónde vas cuando quieres obtener respuestas que te ayuden a realizar tu trabajo?” (López, 2012, pp. 255).

La base del mapa del conocimiento reside en combinar la pequeña información denominados “Mini mapas” que cada individuo contiene, en los procesos que aportan valor a la institución. Así mismo, existe una técnica denominada “Garganta profunda” para relacionar y comprender los mini mapas.

Gestión del conocimiento en la escuela

El conocimiento es transmitido como parte natural de la etapa escolar. Por otro lado, es importante mencionar que este conocimiento es limitado y en algunas ocasiones la información puede ser falsa o distorsionada. Esto se debe a que el intercambio de conocimiento se da de manera local y fragmentada ya que solo tenemos con fuente de información el conocimiento de los instructores (López, 2012, pp. 77).

En el ámbito escolar el conocimiento puede circular por toda la institución, pero eso no garantiza que sea usado. Si bien existe una inmensa cantidad de conocimiento, también es importante mencionar que existe conocimiento al cual no se tiene acceso. Esto se debe a que el conocimiento puede resultar tan obvio que no se necesita acceder a ella, se encuentra en libros o documentos, se encuentra en la cabeza de un instructor, en correos electrónicos, ordenadores y bibliotecas virtuales (López, 2012, pp. 83).

Por otro lado, es importante mencionar que de todo el conocimiento e información que pueda usar un docente en la realización de sus actividades, finalmente solo se empleara del 10 al 20%. Esto quiere decir que se desaprovechara hasta un 90% de conocimiento en beneficio de la institución. En otras palabras, la institución está perdiendo activos y peor aún nadie es consciente de ello.

Implantación del Sistema de Gestión del Conocimiento

Es necesario que se cumplan con ciertos requisitos para la implementación del “Sistema de Gestión del Conocimiento” como el compromiso personal de cada colaborador. Teniendo presente que lo que se busca es que la institución funcione con una visión “humanista” enfocada en el respeto y la mejora continua mediante la transmisión del conocimiento de forma colectiva generando confianza y compromiso entre el personal (López, 2012, pp. 93).

Se parte del “conocimiento organizativo” presente en cada colaborador, seguida de la disposición por parte de los trabajadores de adquirir y transmitir el conocimiento. En este punto se identifica un problema, según Ongallo como se citó en López (2012) se generan las siguientes interrogantes: ¿Por qué una persona debe compartir su conocimiento?, ¿Por qué compartir mis conocimientos, que he conseguido con mi esfuerzo y por cuenta propia? y ¿Para qué compartir mi conocimiento si los demás se puede lucir con mi trabajo? Una solución a estas interrogantes es lograr un buen clima organizacional en donde cada colaborador se sienta comprometido con su trabajo y con la institución.

Actitudes a fomentar la lograr el éxito de la gestión del conocimiento

A continuación, se describen una serie de actitudes fundamentales para la gestión del conocimiento.

- Humildad para entender que existen otras personas que tiene mayor conocimiento que nosotros.
- Reflexión enfocada en la identificación de errores y así lograr mejorar.
- Capacidad de transmisión del conocimiento, perfeccionando las habilidades de compartir dicho conocimiento.

- Respeto hacia las demás personas.

A todo esto, se suma la importancia de crear una “cultura organizativa” que fomente el intercambio de conocimiento en donde se dará mayor relevancia a los colaboradores que contribuyan con conocimiento “útil” para la institución. Así mismo, es importante fomentar una cultura que promueva el intercambio de conocimientos entre iguales.

Cadena del Conocimiento (Cadena C)

Liberona (2013) manifiesta que existen 4 conexiones en la Cadena C que establecen la longevidad y diferenciación de las organizaciones.

- Conciencia Interna
- Receptividad Interna
- Respuesta Externa
- Conciencia Externa

La Cadena C contribuye al ciclo de innovación dentro de las organizaciones. La GC absorbe estas cuatro conexiones y acelera los procesos de innovación. Así mismo, producto de ello se establece el conocimiento de la organización:

- Conciencia interna
- Capacidad de respuesta interna
- Capacidad de respuesta externa
- Conciencia externa

Aplicación de la Gestión del Conocimiento

Se presenta cuatro aplicaciones claves; la intermediación, la externalización, internalización y la cognición para la aplicación de la GC. Es importante que los colaboradores entiendan de manera precisa el “conocimiento” con la finalidad de que puedan aplicar de manera efectiva su conocimiento en proceso de innovación y toma de decisiones dentro de la organización (Liberona, 2013, pp. 36).

Dentro de las instituciones el conocimiento se encuentra disperso en procesos, normas, rutinas, prácticas documentos y bases de datos. Según Mitri citado en Liberona (2013) el conocimiento que genera valor para la organización se encuentra en las ideas, teorías, modelos y opiniones.

Por otro lado, es importante identificar las diferencias entre el conocimiento tácito y explícito a fin de comprender como se trata el conocimiento según los orientales y occidentales (Nonaka y Takeuchi citado en Liberona, 2013).

Proceso de GC en la Organización

La Gestión del Conocimiento dentro de la organización comienza con la identificación de un problema, seguido de la identificación del conocimiento como un recurso clave para resolver este problema. Si la organización dispone del conocimiento, se debe centrar en el desarrollo de habilidades y competencias utilizando dicha información. En el caso de no disponer del conocimiento, es necesario adquirirlo o crear el conocimiento. En ambos casos este conocimiento debe ser compartido dentro de la organización (Liberona, 2013, pp. 179).

Modelos de Gestión del Conocimiento

- **Modelo SECI “Socialization – Externalization - Combination - Internalization”**

Nonaka y Takeuchi citados en Liberona (2013) manifiestan que el modelo SECI “se fundamenta en un espiral de conocimiento y se orienta alrededor del proceso continuo” (pp. 40).

Por otro lado, según Gao y Li citados en Liberona (2013) afirman que el modelo SECI hace énfasis en el conocimiento explícito y tácito. (pp.34)

- **Modelo GCIA**

Se basa en 4 habilitadores; la cultura, la tecnología, la infraestructura y las mediaciones los cuales se fundamentan en teorías de sistemas y en proyectos de investigación obtenidos de la APQC (American Productivity & Quality Center).

Productividad del personal de salud

La Real Academia Española (RAE, 2020) define productividad como “la relación entre lo producido y los medios empleados” (párr. 3). Para medir la productividad en el sector salud es importante considerar diferentes aspectos ya que no es lo mismo evaluar a un médico cirujano que a un enfermero pues, estos deben ser evaluados de acuerdo a su responsabilidad dentro de la institución. Por ejemplo, el médico cirujano será considerado productivo de acuerdo al número de operación que realice en un tiempo determinado y por otro lado el enfermero por su rol en atención al paciente (Aliaga, 2018). Es por ello que es importante conocer por cada trabajador su resultado de productividad.

Desarrollo de la productividad en las empresas

En la organización se utiliza el término productividad global y contribuye a mejorar la productividad a través del estudio y discusión de factores que intervienen y determinan la productividad (Hunahpu, 2020, pp. 1).

Tipos de productividad

Si bien la productividad tiene diferentes términos para el presente trabajo de investigación se tomarán dos conceptos de productividad los cuales se describen a continuación:

- **Productividad laboral**

Se establece mediante la disminución o aumento del rendimiento en los procesos.

- **Productividad total de los factores (PTF)**

La PTF se establece mediante la disminución o aumento de los rendimientos de los factores que influyen en la producción como; el capital, el trabajo y la técnica.

Factores que influyen en la productividad

- **Relacionado al diseño e insumos no laborales**

Hace referencia al diseño inicial de los productos en la búsqueda de su fácil elaboración. Así mismo, se aporta a la productividad cuando el diseño no sufre ninguna modificación durante un largo periodo. La materia prima con la que se elaboran los productos influye en la calidad de los mismos (Rivera, 2020, pp. 1).

- **Racionado a la organización del trabajo**

- **Disposición y utilización del espacio:** El número de procesos que sufre un producto hasta estar terminado influye significativamente en la productividad, así como el espacio que tiene los colaboradores para desarrollar libremente y sin interrupciones sus labores (Rivera, 2020, pp. 1).
- **Método de trabajo:** Se debe implementar un método de trabajo que disminuya tiempos de operación (Rivera, 2020, pp. 1).
- **Planificación de los insumos:** En este punto es importante la intervención del personal de logística para abastecer de manera continua de materia prima a

todos los procesos y evitar que la producción se detenga (Rivera, 2020, pp. 1).

- **Entorno:** Si los colaboradores trabajan en un ambiente agradable se verá aumentada la productividad (Rivera, 2020, pp. 1).
- **Tiempos de trabajo:** Contar con una buena distribución entre jornadas laborales afectará de manera positiva la productividad ya que se logrará reducir los tiempos de paralización de actividades (Rivera, 2020, pp. 6).
- **Relacionado a los colaboradores**
 - **Formación:** Si los colaboradores están capacitados y cuentan con la formación necesaria para el desempeño de sus actividades se logrará una mayor productividad (Rivera, 2020).
 - **Estado físico de los trabajadores:** Es importante que los trabajadores realicen sus actividades bien alimentados, libres de enfermedades y dolores, así como si haber ingerido alcohol o drogas (Rivera, 2020, pp. 9).
 - **Motivación:** es un factor clave para mejorar la productividad ya que un colaborador motivado se desempeñará de manera adecuada en sus labores (Rivera, 2020).
 - **Puntualidad:** Cumplir con los horarios establecidos por la organización es fundamental para evitar retrasos en la producción y afecta la productividad (Rivera, 2020, pp. 1).

Factores que influyen en el aumento de la productividad

- **Tecnología.** – Disponer de la última tecnología es un factor clave para mejorar la productividad ya que se disminuyen tiempos, mano de obra e insumos requeridos para cada proceso.
- **Organización.** – Contar con un sistema organizado respetando cada proceso aumenta significativamente la productividad debido a que no se interrumpen los tiempos de producción.
- **Recursos humanos.** – Es uno de los factores mas importante a tener en cuenta ya que de ellos depende el correcto funcionamiento de la organización y todos sus procesos.

- **Relaciones laborales.** – Dentro de la organización se debe fomentar el trabajo en equipo ya que así no solo se conseguirá reducir los tiempos de producción, sino que ayudará al intercambio de conocimientos.

Como se mide la productividad

Según el Instituto Latinoamericano para la Gerencia de Organizaciones Empresariales (ILGO, s.f) la productividad en los servicios de salud se obtiene mediante la relación de consultas conseguidas por un médico dentro de una hora. Así mismo, se mide la productividad de acuerdo al costo de la consulta, tiempo de duración de la consulta, los insumos empleados en la misma, la intervención del personal de enfermería, entre otros.

Se emplea la siguiente fórmula para medir la productividad en los servicios de salud:

$$Productividad = \frac{\text{Número de unidades producidas}}{\text{Insumos empleados}}$$

2.1. Marco Conceptual

Información: Se define como el conjunto de datos que tienen relevancia, significado, contexto y propósito y por lo tanto influyen en la toma de decisiones. Así mismo, es importante mencionar que la información debe ser extraída de fuentes confiables para garantizar su veracidad.

Conocimiento: Se adquiere a través de la formación, experiencia, valores y el saber cómo que sirve de base para la adquisición de nueva información.

Auditoría de Recursos Humanos: Se realiza con la finalidad de evaluar la eficiencia y eficacia de las prácticas y políticas de gestión de recursos para establecer prácticas adecuadas, proponer soluciones, encontrar problemas existentes y sugerir mejoras.

Auditoría Social: Sirve para evaluar y controlar las acciones de la organización.

Capital Estructural: Se refiere a la infraestructura que forma, incorpora y sostiene el capital humano. En otras palabras, se refiere a la capacidad de la organización que influye en la calidad, imagen de la organización, entre otros.

Capital Humano: Se obtiene a través de la capacitación y educación de los colaboradores, así como el aporte de su experiencia ya que aumentan la capacidad de producción.

Certificación de Competencias: Dentro de las organizaciones es fundamental que todos los colaboradores adquieran nuevas competencias, las cuales serán evaluadas por un superior autorizado para garantizar que el colaborador este certificado para desempeñar otras funciones dentro de la organización.

Conocimiento Explícito: Hace referencia al conocimiento que puede ser codificados y transmitidos por ejemplos reportes, documentos, procesos, entre otros.

Conocimiento Tácito: Este conocimiento no se puede codificar y es de difícil transmisión ya que forma parte de cada individuo resultado de sus experiencias, memorizaciones, habilidades, entre otras.

Conocimientos: Información que posee cada individuo sobre un determinado tema.

Cultura organizacional: Es la suma de estrategias, procesos, sistemas, valores, creencias e interacción dentro y entre los colaboradores de la organización, con la finalidad de garantizar su eficiencia, eficacia y efectividad.

Descripción del trabajo: Hace referencia a las actividades que desarrolla cada colaborador en su área de trabajo, también están incluidos las herramientas, equipos, entre otras.

Gestión: Se encarga de transformar una situación actual en una situación deseada.

Gestión del Conocimiento: Permite el intercambio de conocimientos y experiencias entre los miembros de la organización con la finalidad de utilizarlo como recurso en los procesos de la organización.

Habilidades: Capacidad nata o adquirida por cada individuo permitiéndole así desempeñar actividades físicas o mentales.

Higiene laboral: Abarca el conjunto de procedimientos y normas establecidos por la organización con la finalidad de mantener la integridad física y mental de sus colaboradores en el desempeño de sus funciones dentro de la organización.

Indicadores: Revela si se está cumpliendo con los objetivos y si se está yendo en el sentido correcto. Así mismo, permite ver la evolución de la gestión.

Puesto de trabajo: Son las funciones y tareas que desempeña cada colaborador en su puesto de trabajo dentro de la organización.

Feedback: Traducida al español significa “retroalimentación” y se da con la finalidad de evaluar el desempeño de los colaboradores.

Innovación: Es el resultado de la creatividad generando cambios en los procesos existentes o creando nuevos procesos.

III. Método

3.1. Tipo de Investigación

Por su Orientación: Aplicada

El tipo de investigación es Aplicada, explicativa, retrospectiva, transversal y proyectiva.

El diseño es de tipo perspectiva histórica:

Se tratará de relacionar las dos variables en el presente estudio, primero la identificación de la gestión del conocimiento hospitalaria, la cual se relacionará con la el nivel de productividad del personal de salud.

GC \Rightarrow PP

GC = Gestión del conocimiento

PP = Productividad del personal de salud.

3.2. Población y muestra

Población

Está conformado por 120 proveedores de salud del Hospital Luis N. Sáenz que están conformados por médicos y enfermeras.

Muestra.

Para el cálculo de la muestra se emplea la forma de cálculo muestral para una sola población la cual será calculada al 95% de confiabilidad y el 5% de error.

Cálculo de la muestra para poblaciones infinitas (cálculo de dos proporciones poblacionales)

Cálculo de la muestra

$$n = \frac{Z^2 p \cdot q}{e^2}$$

Ajuste de la muestra para poblaciones finitas

$$nf = \frac{n}{1 + n/N}$$

Z = 1.96 Nivel de confianza al 95 %

p = 18,5 Proporción de productividad eficiente en personal de salud.

q = 81,5 (100 – P)

e = 0.05

n cal = 231,68

N = 120 proveedores de salud.

nf = 79.05 proveedores de salud. (Truncado a 80 proveedores de salud).

a) Técnicas de Muestreo.

El tipo de muestreo es aleatorio sistemático debido a que recogerá la información por medio de un intervalo inter muestral que recogerá la muestra de forma aleatoria y al azar:

$$\text{IIM} = N/n. \dots\dots\dots \text{IIM} = 120/79 = 1.52:$$

Unidad de Observación

Servicios Hospitalarios.

Unidad de Análisis

Proveedores de Salud.

3.3. Identificación de Variables y Operacionalización**Operacionalización de variables**

Variable Independiente Gestión del conocimiento

Tipo cualitativo Ordinal

Variable Dependiente Productividad del personal de salud

Tipo cualitativo Ordinal

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**Variable Independiente**

Gestión del conocimiento

Subvariable*Operacionalización de la Variable Gestión del Conocimiento*

Variable	Tipo	Escala	Indicador	Fuente de Verificación	Código
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO (GC)					
8. ¿Los conceptos de Gestión del Conocimiento son familiares para usted?	Cualitativa	Nominal	No, en absoluto He escuchado algo sobre ellos Los conceptos son familiares para mí, pero no se conocen en nuestro hospital Sí, y el hospital ha iniciado a trabajar con ellos sin considerarlos en su estrategia Sí, y nuestro hospital trabaja activamente con estos conceptos e incluso los considera dentro de su estrategia	Cuestionario	1 0
Valoración de actitudes llevadas a cabo en su hospital					
Nuestra gestión de recursos humanos funciona bien	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
El personal de salud es, en un alto porcentaje, competente y profesional	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
El personal de salud está altamente motivados y comprometidos con sus labores	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0

El personal de salud es estimulado continuamente para generar y compartir nuevos conocimientos e ideas	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Todo el personal de salud juega un papel importante en la innovación en de las estrategias de salud al ser considerados sus conocimientos e ideas.	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
La estrategia, la misión, los valores, los objetivos y las normas están claramente definidos y todo el personal es consciente de ello	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Los puestos de trabajo y las líneas de mando están claramente definidos	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
La cultura y espíritu del hospital es positiva	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
En el hospital se fomenta la seguridad en el empleo y la existencia de poca incertidumbre	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Nuestra comunicación es abierta e involucra a todos y cada uno de los trabajadores de salud.	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
El trabajo en equipo es típico para nosotros	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Es importante para nosotros estar en contacto continuo con todo nuestro entorno y desarrollar nuestras redes de comunicación (usuarios, proveedores, competidores, gobierno)	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Valoración de actividades llevadas a cabo en su Hospital:					
Actividades de Socialización (conocimiento tácito a tácito)					
Se promueven las visitas a los usuarios que permitan conocer in situ las necesidades, usos actuales, quejas,	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0

bondades, etc. de la gama de servicios de nuestro hospital.					
El entrenamiento informal de los proveedores de salud se da mediante la observación de la realización de actividades de expertos.	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Se busca visitar a otros hospitales que permitan conocer in situ sus procesos y servicios.	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Se permite y se alienta la simulación y/o diseño de procesos o servicios como resultado de la atención a los clientes	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Se permite y se alienta la simulación y/o diseño de procesos o servicios como resultado de la observación hecha a los expertos del hospital.	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Se permite y se alienta la simulación y/o diseño de procesos o servicios como resultado de la observación hecha a otros hospitales	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Actividades de Exteriorización (conocimiento tácito a explícito)					
El diálogo creativo y el intercambio de ideas en todos los niveles es habitual en el hospital	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
El uso de pensamiento deductivo e inductivo es común entre los trabajadores de salud	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Los proveedores de salud hacen uso de metáforas y analogías en los diálogos para la creación de conceptos o ideas	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
La opinión subjetiva es permitida en todos los niveles	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Es indispensable la creación de manuales, documentos y best practices de servicios y procesos	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0

Se cuenta con bases de datos de productos y procesos que se actualizan constantemente	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Actividades de Combinación (conocimiento explícito a explícito)					
El diálogo con los clientes/usuarios y la documentación de quejas, sugerencias, peticiones de ayuda, etc., es una práctica común	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Nuestro hospital busca y obtiene el diálogo con otros hospitales	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
La educación y entrenamiento formales se brinda con cursos proporcionada por personal del mismo hospital	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Los proveedores de salud son actualizados constantemente mediante cursos dados por agentes externos a la empresa (universidades, centros tecnológicos, congresos, seminarios, etc.)	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Los profesionales de salud tienen acceso a información especializada mediante revistas, manuales, libros, foros, cursos, bibliotecas especializadas, etc.	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Las estrategias hospitalarias son diseñadas usando literatura científica publicada (interna y externa)	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Publicamos continuamente información interna del hospital para todos nuestros profesionales de salud	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Publicamos continuamente información interna del hospital para la comunidad científica	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Publicamos continuamente información interna del hospital para el público en general	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Actividades de Interiorización (conocimiento explícito a tácito)					

Se permite comúnmente la simulación y/o experimentación con procesos y/o servicios a partir de manuales, investigaciones, best practices, historias, etc. orales, documentos, etc.	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
La simulación y/o experimentación con métodos y procedimientos de otros hospitales (benchmarking) es habitual en el hospital	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Se alienta y es práctica habitual la simulación y/o experimentación con procesos y/o servicios a partir de quejas, sugerencias, preguntas y peticiones de ayuda de clientes.	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Implementación de un programa de Gestión del Conocimiento					
Si es su caso, señale la(s) razón(es) por la(s) que NO ha implementado un programa de Gestión del Conocimiento en su Hospital :	Cualitativa	Nominal	No tiene la seguridad de beneficios potenciales Nunca ha oído hablar de Gestión del Conocimiento Resistencia del personal Falta de tiempo No entiende lo que es la Gestión del Conocimiento Falta de recursos financieros Falta de interés Falta de necesidad Falta de apoyo de la alta dirección Falta de herramientas y tecnologías Otros motivos.	Cuestionario	1 0

BLOQUE: INNOVACIÓN					
Contexto en que trabaja el Hospital					
Los clientes/usuarios juegan el rol más importante en nuestro hospital	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
El ciclo de vida de nuestras atenciones es normalmente largo	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Las preferencias de nuestros usuarios son estables	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
En nuestro campo de atención, para tener éxito se debe lanzar nuevos servicios continuamente (tomografías, eco-4d, etc.)	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
En nuestro campo de servicios se deben modificar continuamente los procesos operativos (sistemas de atención, referencias, transferencias, triaje, etc.)	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Nuestro ambiente operacional de servicios cambia lentamente	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
En nuestro campo de servicios de salud, el conocimiento y el know how se deben actualizar constantemente	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Otros Hospitales tienen un know how superior al nuestro	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
El desarrollo tecnológico es rápido en nuestro campo de servicios	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
El desarrollo tecnológico ofrece notables posibilidades en nuestro campo de atención	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Valoración de actividades llevadas a cabo en su Hospital					
Continuamente modificamos (desarrollamos y mejoramos) nuestros servicios de atención	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0

Continuamente modificamos (desarrollamos y mejoramos) nuestros procesos de atención	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Continuamente modificamos (desarrollamos) nuestra organización (estructuras, puestos de trabajo y responsabilidades, mof, rof)	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Poseemos patentes, licencias, investigaciones originales, libros y copyrights	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Existen relaciones intensas con universidades, centros de investigación, asociaciones civiles, ONGs y similares	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Hacemos uso intensivo de patentes, licencias investigaciones originales, libros y copyrights de otros	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Identificamos y adoptamos las mejores prácticas (best practices) de nuestro sector de manera continua	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Establecemos joint venture para obtener y usar los recursos complementarios que necesitamos;o bien, realizamos alianzas estratégicas con otras instituciones de salud o privadas para obtener mejoras en servicios y ampliar redes de atención	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Usamos mucho tiempo en nuestro hospital para investigar y desarrollar nuestros propios conocimientos y habilidades	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
La retroalimentación de nuestros usuarios es positiva sin excepción y es considerada invariablemente en decisiones relativas a servicios y Procesos de atención.	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
BLOQUE: TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN (TI)					
Las TI como fuente de ventaja competitiva					

Valoración de la actitud de la empresa hacia las TI					
Las TI son imprescindibles en las actividades diarias del hospital	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Las TI y sus aplicaciones fueron y son adquiridas y/o diseñadas con una clara visión de las necesidades institucionales	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
En el diseño de la estrategia del hospital, se considera la inversión y uso de las TI	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
El hospital actualiza/reemplaza el hardware/software constantemente	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Los trabajadores de salud que hacen uso de las TI reciben entrenamiento específico de su uso	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Los trabajadores de salud tienen acceso a las TI desde sus puestos de trabajo o servicios.	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Valoración de la inversión en TI hecha por el Hospital					
El comportamiento promedio de la inversión hecha en hardware (considerando compra y/o renta de computadoras, implantación de redes locales, etc.) en los últimos 3 años	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
El comportamiento promedio de la inversión hecha en software (aplicaciones, Internet) en los últimos 3 años	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
El comportamiento promedio de la inversión hecha en capacitación y entrenamiento del personal para uso de las TI en los últimos 3 años	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Valoración del uso de las TI en el Hospital					
Uso de las TI para tareas de gestión, administración y contabilidad	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0

Uso de las TI para trámites y gestiones bancarias y financieras	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Uso de las TI para consultar y acceder al conocimiento (mediante Internet, correo electrónico, wi-fi y acceso a bases de datos externas e internas) del propio personal del hospital, de los clientes, de los proveedores, de los alumnos e internos, etc.	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Uso de las TI para compartir, publicar y transmitir el conocimiento (mediante Internet, correo electrónico y acceso a bases de datos externas e internas) al propio personal del hospital, a los clientes, a los proveedores, a los competidores, etc.	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Uso de las TI para la promoción de la salud (página Web)	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Uso de las TI para la prevención o tratamiento de la salud (e-commerce)	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	1 0
Uso de TI en las actividades de GC llevadas a cabo en su Hospital					
Observación, ya sea del comportamiento de los clientes, de las actividades de expertos de nuestro propio hospital y/o de las actividades y procesos de otros hospitales	Cualitativa	Nominal	Teléfono móvil Computador Internet Red local (Intranet y/o Extranet) Correo electrónico Página Web Foros electrónicos Otras tecnologías Wi-Fi para el personal de salud	Cuestionario	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Experimentación y/o simulación de procesos o servicios	Cualitativa	Nominal	Teléfono móvil Computador	Cuestionario	1 2

			Internet Red local (Intranet y/o Extranet) Correo electrónico Página Web Foros electrónicos Otras tecnologías Wi-Fi para el personal de salud		3 4 5 6 7 8 9
Diálogo creativo y el intercambio de ideas en todos los niveles del hospital	Cualitativa	Nominal	Teléfono móvil Computador Internet Red local (Intranet y/o Extranet) Correo electrónico Página Web Foros electrónicos Otras tecnologías Wi-Fi para el personal de salud	Cuestionario	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Elaboración de manuales, documentos y best practices de servicios y procesos	Cualitativa	Nominal	Teléfono móvil Computador Internet Red local (Intranet y/o Extranet) Correo electrónico Página Web Foros electrónicos Otras tecnologías Wi-Fi para el personal de salud	Cuestionario	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Actualización constante de bases de datos de servicios y procesos	Cualitativa	Nominal	Teléfono móvil Computador Internet	Cuestionario	1 2 3

			Red local (Intranet y/o Extranet)		4
			Correo electrónico		5
			Página Web		6
			Foros electrónicos		7
			Otras tecnologías		8
			Wi-Fi para el personal de salud		9
Diálogo y su correspondiente documentación con elementos de nuestro entorno: usuarios, otros hospitales, proveedores, etc.	Cualitativa	Nominal	Teléfono móvil	Cuestionario	1
			Computador		2
			Internet		3
			Red local (Intranet y/o Extranet)		4
			Correo electrónico		5
			Página Web		6
			Foros electrónicos		7
			Otras tecnologías		8
			Wi-Fi para el personal de salud		9
Educación y entrenamiento formales con cursos, ya sea proporcionado por personal del mismo hospital o por agentes externos (universidades, centros tecnológicos, congresos, seminarios, etc.)	Cualitativa	Nominal	Teléfono móvil	Cuestionario	1
			Computador		2
			Internet		3
			Red local (Intranet y/o Extranet)		4
			Correo electrónico		5
			Página Web		6
			Foros electrónicos		7
			Otras tecnologías		8
			Wi-Fi para el personal de salud		9
Acceso a información especializada mediante revistas, manuales, libros, foros, etc.	Cualitativa	Nominal	Teléfono móvil	Cuestionario	1
			Computador		2
			Internet		3

			Red local (Intranet y/o Extranet)		4
			Correo electrónico		5
			Página Web		6
			Foros electrónicos		7
			Otras tecnologías		8
			Wi-Fi para el personal de salud		9
Publicación de información interna del hospital para todos los trabajadores de salud y para el público en general	Cualitativa	Nominal	Teléfono móvil	Cuestionario	1
			Computador		2
			Internet		3
			Red local (Intranet y/o Extranet)		4
					5
			Correo electrónico		6
			Página Web		7
			Foros electrónicos		8
			Otras tecnologías		9
			Wi-Fi para el personal de salud		

Variable Dependiente

Productividad del personal de salud.

Sub-Variables

Operacionalización de la Variable Productividad del personal de salud

Variable	Tipo	Escala	Indicador	Fuente de Verificación	Código
Número de atenciones por hora	Cuantitativa	Discreta	En números enteros	Cuestionario	-
Numero de turnos al mes	Cuantitativa	Discreta	En números enteros	Cuestionario	-
Cantidad de procedimientos realizados por día.	Cuantitativa	Discreta	En números enteros	Cuestionario	-
Cumplimiento de la meta por turno	Cuantitativa	Discreta	En números enteros	Cuestionario	-
Cumplimiento de la meta por día	Cuantitativa	Discreta	En números enteros	Cuestionario	-
Cumplimiento de la meta por mes	Cuantitativa	Discreta	En números enteros	Cuestionario	-

3.4. Instrumento de Recolección de Datos

Para el usuario el método será la encuesta, la técnica a emplear es la entrevista y el instrumento de recolección de datos será el cuestionario semiestructurado, la cual está constituida de preguntas abiertas y cerradas, y tiene como fin determinar tanto la gestión del conocimiento que hace la institución hospitalaria percibida o recibida por el personal de salud, además de la productividad individual.

Validación y confiabilidad del instrumento.

El presente trabajo empleará la técnica de validación denominada juicio de expertos, la que, a través de 3 maestros especialistas en administración de la salud, revisarán el instrumento hasta que éste se encuentre validado y con el nivel de confiabilidad óptimo.

Aplicación de los instrumentos:

La captación de la muestra y la aplicación de los instrumentos serán realizadas por el personal investigador a la muestra calculada, con el método mencionado.

Se establecerá determinados mecanismos para el control de confiabilidad y calidad de la información, a través de la validación de datos por ítems cerrados y excluyentes.

3.5. Procesamiento

“La información obtenida se presentará en cuadros y gráficos, a partir de las distribuciones de frecuencias encontradas” (Carhuallanqui y Romero, 2017, pp.102).

Para la parte analítica “se empleará un modelo comparativo de dos poblaciones independientes, utilizándose el método de 2 proporciones, aplicándosele la prueba de Análisis de Varianza y Chi cuadrado para establecer su validez estadística, además de emplear la prueba de regresión logística” (Carhuallanqui y Romero, 2017, pp.102).

“Los recursos para el análisis de la información serán los softwares estadísticos SPSS versión 22.0 y EPI INFO 2000, además el programa de optimización de tamaños de muestra SOTAM” (Carhuallanqui y Romero, 2017, pp.102).

3.6. Análisis de los datos

Se aplicarán los cuestionarios tanto a enfermeras como a los médicos que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, aplicando dicho instrumento en la modalidad de entrevista personal.

Para que este instrumento sea confiable se realizarán prueba de consistencia interna mediante el Software SPSS, en el cual se determinará las inconsistencias de respuestas múltiples, eliminando los instrumentos incorrectamente llenados.

3.7 Consideraciones Éticas: El presente trabajo conto con el consentimiento explícito de cada participante en las encuestas realizadas.

IV. Resultados

Tabla 1:

Relación entre la Gestión del Conocimiento en la Dimensión de Valoración de Actitudes llevadas a cabo en su Hospital y la Productividad del Personal de Salud

Valoración de actitudes llevadas a cabo en su hospital	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Mínimo	Máximo
Inadecuada	29	282,62	86,93	16,14	37,00	378,00
Medianamente adecuada	35	297,17	60,39	10,21	34,00	379,00
Adecuada	12	251,58	93,63	27,03	3,00	347,00
Total	76	284,42	77,53	8,89	3,00	379,00

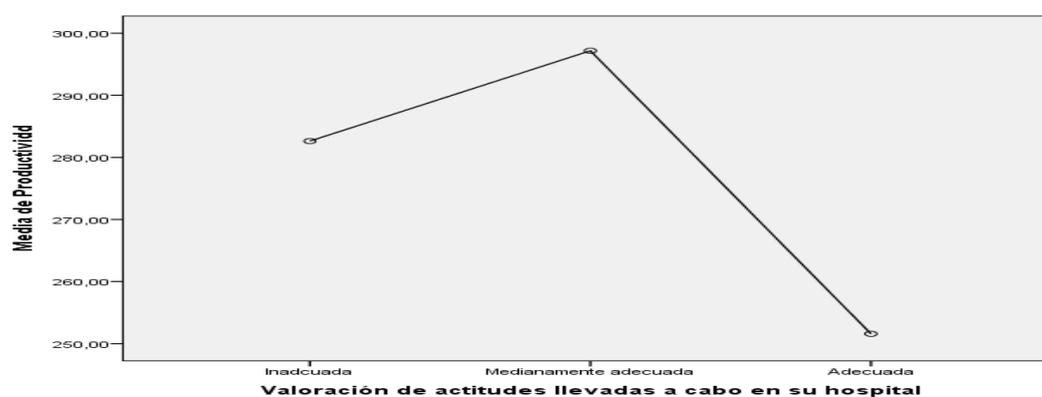
ANOVA

Productividad					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	18723,811	2	9361,905	1,582	,213
Dentro de grupos	432044,716	73	5918,421		
Total	450768,526	75			

Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Figura 1.

Valoración de Actitudes llevadas a cabo en su Hospital



Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Tabla 2

Relación entre la Gestión del Conocimiento en la Dimensión de Actividades de Socialización (conocimiento tácito a tácito) y la Productividad del Personal de Salud

Productividad						
Actividades de socialización (conocimiento tácito a tácito)	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Mínimo	Máximo
Bajo	47	293,7234	57,16555	8,33845	72,00	378,00
Medio	13	252,3077	122,49176	33,97310	34,00	359,00
Alto	16	283,1875	82,82368	20,70592	3,00	379,00
Total	76	284,4211	77,52578	8,89282	3,00	379,00

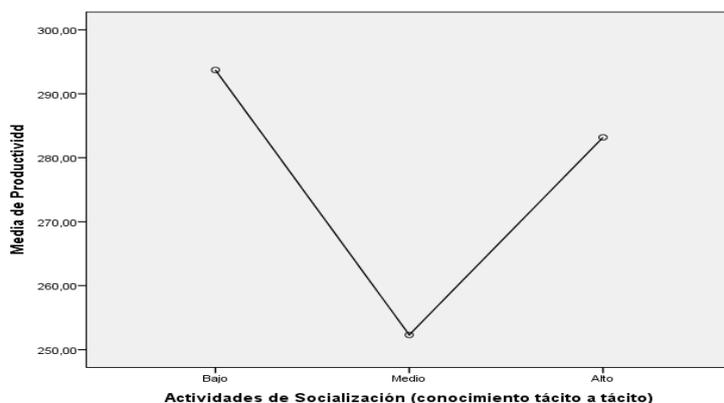
ANOVA

Productividad					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	17497,915	2	8748,958	1,474	,236
Dentro de grupos	433270,611	73	5935,214		
Total	450768,526	75			

Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Figura 2.

Actividades de Socialización (conocimiento tácito a tácico)



Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Tabla 3

Determinar la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de actividades de exteriorización (conocimiento tácito a explícito) y la productividad del personal de salud.

	Productividad					
	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Mínimo	Máximo
Bajo	15	292,3333	37,41976	9,66174	233,00	339,00
Medio	38	290,6053	79,19307	12,84681	3,00	379,00
Alto	23	269,0435	93,24624	19,44319	34,00	378,00
Total	76	284,4211	77,52578	8,89282	3,00	379,00

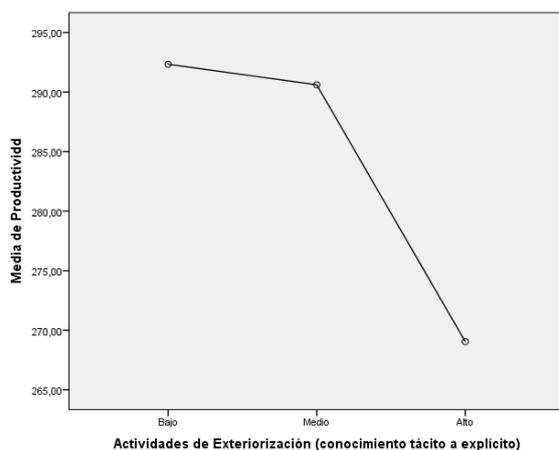
ANOVA

Productividad						
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	
Entre grupos	7831,158	2	3915,579	,645	,527	
Dentro de grupos	442937,369	73	6067,635			
Total	450768,526	75				

Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Figura 3.

Actividades de Exteriorización (conocimiento tácito a explícito)



Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Tabla 4

Relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de actividades de combinación (conocimiento explícito a explícito) y la productividad del personal de salud

Productividad						
Actividades de combinación (conocimiento explícito a explícito)	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Mínimo	Máximo
Bajo	44	281,9545	85,23400	12,84951	3,00	378,00
Medio	25	296,6800	51,82158	10,36432	139,00	379,00
Alto	7	256,1429	103,52685	39,12947	37,00	332,00
Total	76	284,4211	77,52578	8,89282	3,00	379,00

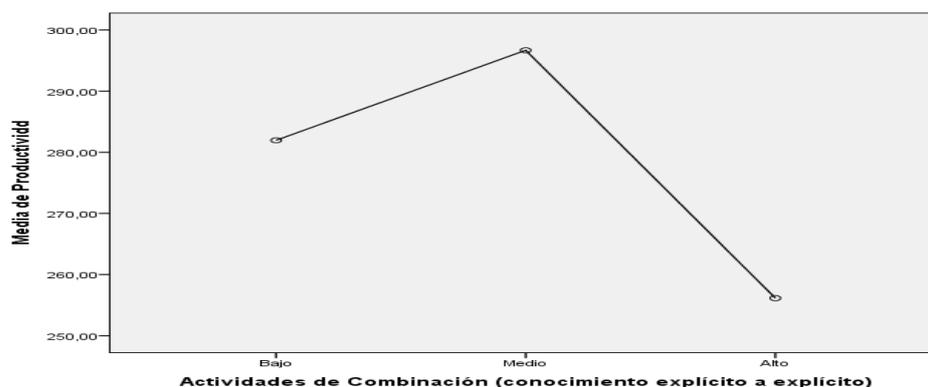
ANOVA

Productividad						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos		9622,320	2	4811,160	,796	,455
Dentro de grupos		441146,206	73	6043,099		
Total		450768,526	75			

Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Figura 4.

Actividades de Combinación (conocimiento explicativo a explícito)



Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Tabla 5

Determinar la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de actividades de interiorización (conocimiento explícito a tácito) y la productividad del personal de salud

Productividad						
Dimensión de actividades de interiorización	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Mínimo	Máximo
Bajo	54	280,9630	81,13952	11,04169	3,00	378,00
Medio	11	281,3636	82,67439	24,92727	54,00	347,00
Alto	11	304,4545	53,21910	16,04616	189,00	379,00
Total	76	284,4211	77,52578	8,89282	3,00	379,00

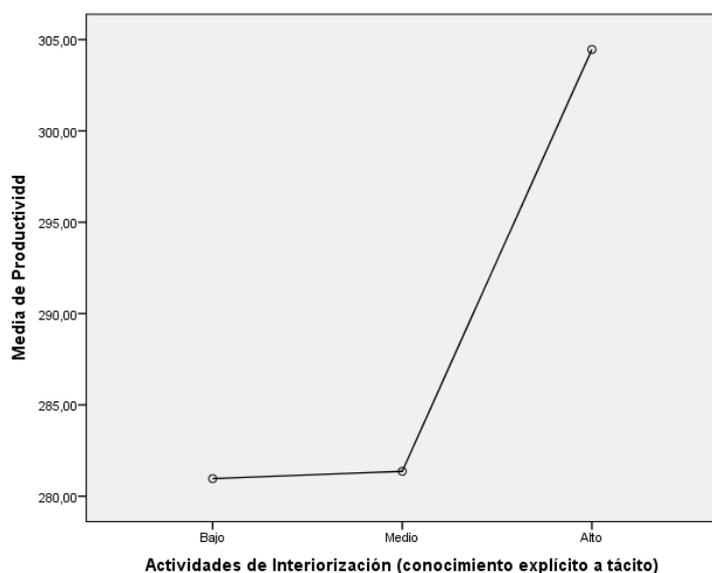
ANOVA

Productividad					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	5163,328	2	2581,664	,423	,657
Dentro de grupos	445605,199	73	6104,181		
Total	450768,526	75			

Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Figura 5.

Actividades de Interiorización (conocimiento explícito a tácito)



Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Tabla 6

Relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión implementación de un programa de gestión del conocimiento y la productividad del personal de salud

Descriptivos						
Productividad Implementación de un programa de gestión del conocimiento	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Mínimo	Máximo
Parcial	44	282,4545	86,52099	13,04353	3,00	378,00
Medio	30	286,5333	66,32768	12,10972	54,00	379,00
Total	2	296,0000	26,87006	19,00000	277,00	315,00
Total	76	284,4211	77,52578	8,89282	3,00	379,00

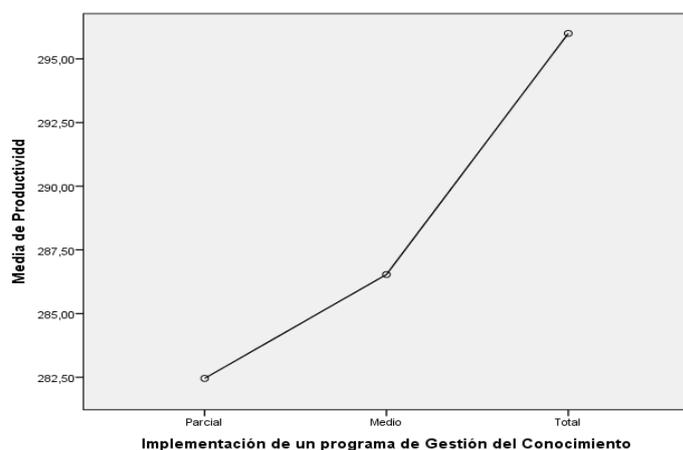
ANOVA

Productividad					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	572,151	2	286,075	,046	,955
Dentro de grupos	450196,376	73	6167,074		
Total	450768,526	75			

Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Figura 6.

Implementación de un programa de gestión del Conocimiento



Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Tabla 7

Relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones de innovación – contexto de trabajo y tecnologías de la información y la productividad del personal de salud

Productividad						
	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Mínimo	Máximo
Bajo	10	257,0000	91,80293	29,03064	3,00	306,00
Medio	17	259,8824	111,72840	27,09812	34,00	354,00
Alto	49	298,5306	55,46700	7,92386	72,00	379,00
Total	76	284,4211	77,52578	8,89282	3,00	379,00

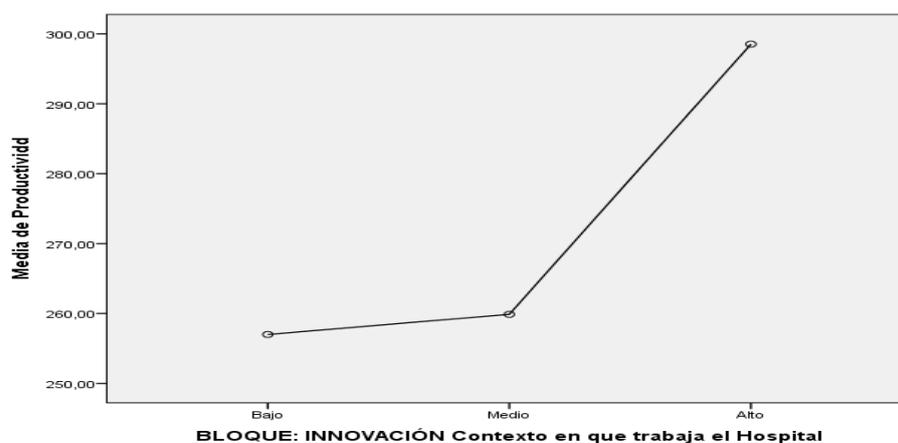
ANOVA

Productividad					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	27510,558	2	13755,279	2,372	,100
Dentro de grupos	423257,969	73	5798,054		
Total	450768,526	75			

Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Figura 7.

BLOQUE: INNOVACIÓN Contexto en que trabaja el Hospital



Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Tabla 8

Relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones de innovación – valoración de actividades y tecnologías de la información y la productividad del personal de salud

Productividad						
	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Mínimo	Máximo
Bajo	53	287,6792	75,43127	10,36128	3,00	379,00
Medio	16	266,2500	94,90311	23,72578	34,00	359,00
Alto	7	301,2857	44,64570	16,87449	248,00	359,00
Total	76	284,4211	77,52578	8,89282	3,00	379,00

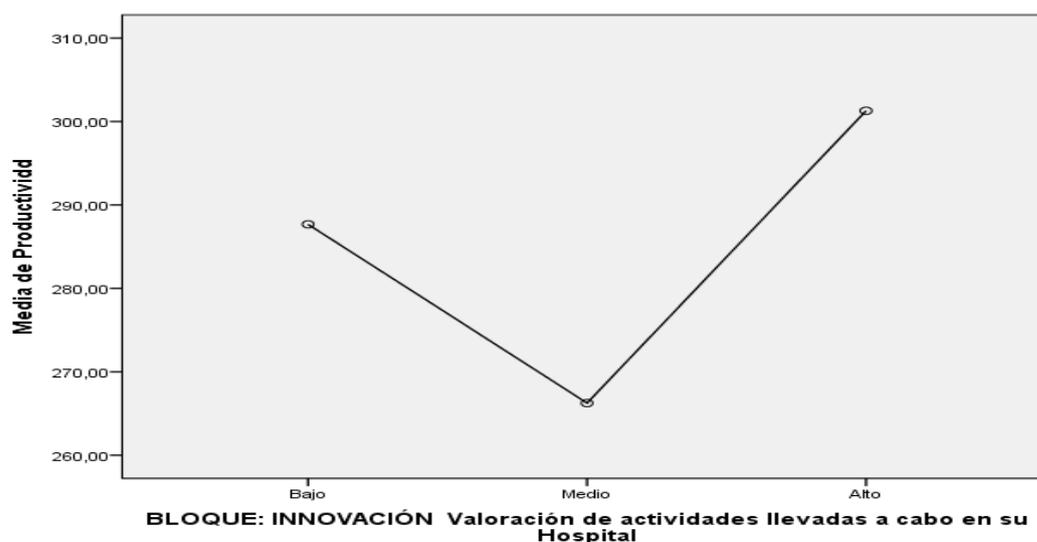
ANOVA

Productividad					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	7836,551	2	3918,275	,646	,527
Dentro de grupos	442931,976	73	6067,561		
Total	450768,526	75			

Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Figura 8.

BLOQUE: INNOVACIÓN Valoración de actividades llevadas a cabo en su Hospital



Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Tabla 9

Relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones de tecnologías de la información como fuente de ventaja competitiva y la productividad del personal de salud

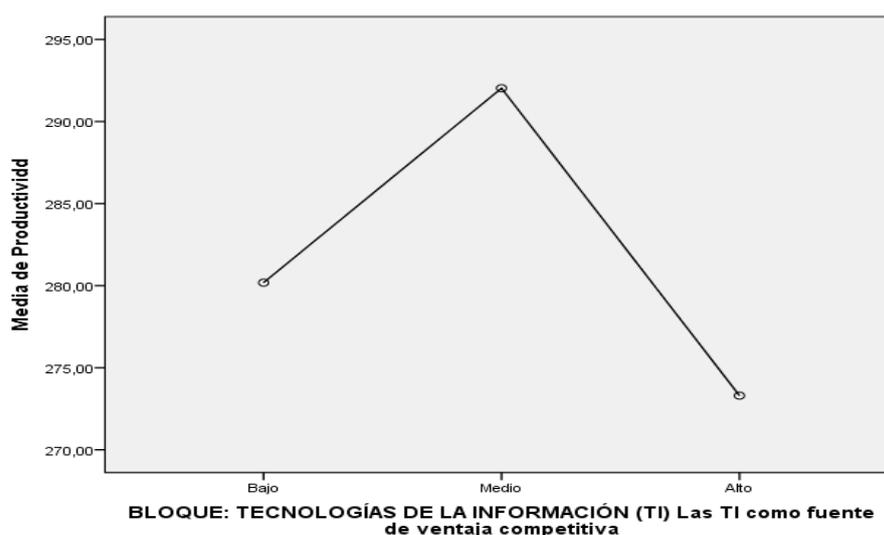
Productividad						
	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Mínimo	Máximo
Bajo	33	280,1818	85,80008	14,93588	3,00	359,00
Medio	33	292,0303	65,21430	11,35235	37,00	379,00
Alto	10	273,3000	91,50719	28,93712	34,00	354,00
Total	76	284,4211	77,52578	8,89282	3,00	379,00

ANOVA					
Productividad					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	3740,548	2	1870,274	,305	,738
Dentro de grupos	447027,979	73	6123,671		
Total	450768,526	75			

Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Figura 9.

Bloque: Tecnologías de la Información (TI) Las TI como fuente de ventaja competitiva



Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Tabla 10.

Relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones de tecnologías de la información - valoración del uso de las ti y la productividad del personal de salud

Productividad						
	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Mínimo	Máximo
Bajo	59	289,5254	74,52663	9,70254	3,00	379,00
Medio	6	308,6667	37,03872	15,12099	248,00	354,00
Alto	11	243,8182	99,28023	29,93411	37,00	347,00
Total	76	284,4211	77,52578	8,89282	3,00	379,00

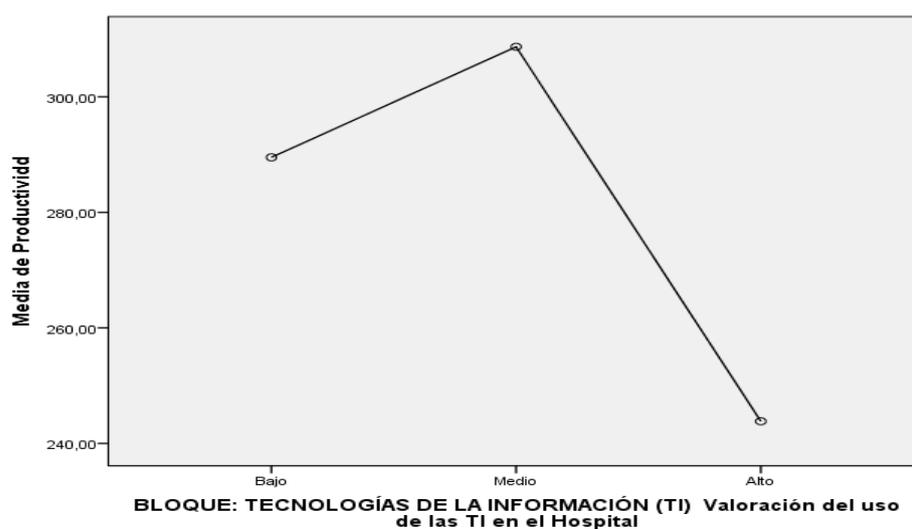
ANOVA

Productividad					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	23198,845	2	11599,422	1,980	,145
Dentro de grupos	427569,682	73	5857,119		
Total	450768,526	75			

Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Figura 10.

Bloque: (TI) Valoración del uso de las TI en el Hospital



Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Tabla 11

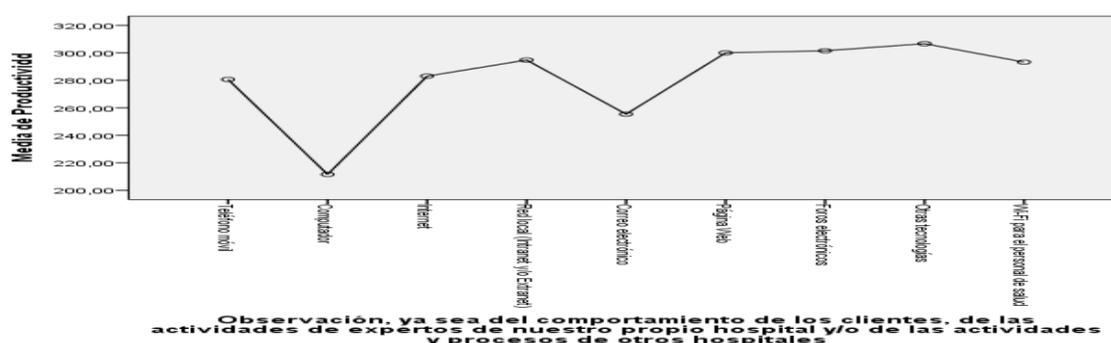
Relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de observación y la productividad del personal de salud

Productividad						
	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Mínimo	Máximo
Teléfono móvil	24	280,6250	70,09857	14,30881	3,00	354,00
Computador	5	211,6000	148,91373	66,59625	34,00	347,00
Internet	16	283,0625	73,22246	18,30562	37,00	354,00
Red local (Intranet y/o Extranet)	8	294,7500	67,51878	23,87149	139,00	347,00
Correo electrónico	5	255,4000	123,07234	55,03962	54,00	359,00
Página Web	1	300,0000	.	.	300,00	300,00
Foros electrónicos	2	301,5000	64,34672	45,50000	256,00	347,00
Otras tecnologías	3	306,6667	42,19400	24,36072	258,00	333,00
Wi-Fi para el personal de salud	4	293,2500	36,59121	18,29561	259,00	339,00
Total	68	278,7206	79,05465	9,58678	3,00	359,00

ANOVA

Productividad					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	32367,312	8	4045,914	,618	,759
Dentro de grupos	386358,379	59	6548,447		
Total	418725,691	67			

Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Figura 11. Observación del comportamiento de los clientes

Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Tabla 12

Relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones de experimentación y/o simulación de procesos y servicios y la productividad del personal de salud

Productividad						
	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Mínimo	Máximo
Teléfono móvil	13	295,3077	35,38923	9,81521	243,00	354,00
Computador	12	289,4167	86,12091	24,86096	34,00	354,00
Internet	14	296,2143	44,97209	12,01930	189,00	347,00
Red local (Intranet y/o Extranet)	3	202,3333	135,62571	78,30354	54,00	320,00
Correo electrónico	7	221,8571	140,51504	53,10969	3,00	333,00
Página Web	6	293,6667	19,97665	8,15543	271,00	327,00
Foros electrónicos	1	256,0000	.	.	256,00	256,00
Otras tecnologías	2	324,0000	12,72792	9,00000	315,00	333,00
Wi-Fi para el personal de salud	2	265,0000	8,48528	6,00000	259,00	271,00
Total	60	280,2500	75,45986	9,74183	3,00	354,00

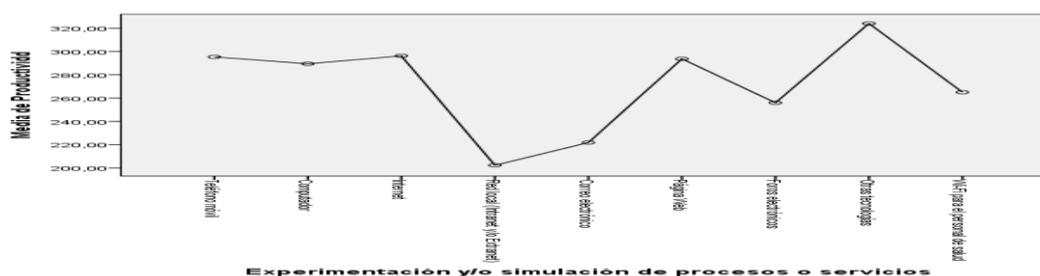
ANOVA

Productividad					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	55566,350	8	6945,794	1,263	,283
Dentro de grupos	280390,900	51	5497,861		
Total	335957,250	59			

Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Figura 12.

Experimentación y/o simulación de procesos o servicios



Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Tabla 13

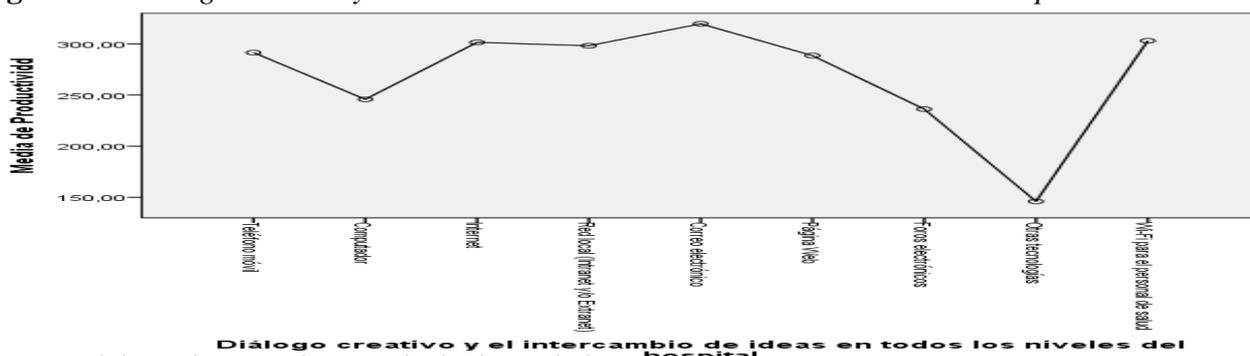
Relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones dialogo creativo e intercambio de ideas y la productividad del personal de salud

Productividad						
	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Mínimo	Máximo
Teléfono móvil	18	291,4444	64,45630	15,19250	72,00	359,00
Computador	6	245,8333	109,58178	44,73657	37,00	336,00
Internet	11	301,4545	34,58718	10,42843	241,00	337,00
Red local (Intranet y/o Extranet)	7	298,1429	25,32738	9,57285	269,00	340,00
Correo electrónico	11	319,6364	30,23003	9,11470	270,00	359,00
Página Web	2	288,5000	24,74874	17,50000	271,00	306,00
Foros electrónicos	9	236,2222	129,74376	43,24792	3,00	378,00
Otras tecnologías	2	146,0000	158,39192	112,00000	34,00	258,00
Wi-Fi para el personal de salud	2	303,0000	62,22540	44,00000	259,00	347,00
Total	68	282,9559	78,00104	9,45902	3,00	378,00

ANOVA

Productividad					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	87779,404	8	10972,426	2,024	,059
Dentro de grupos	319859,463	59	5421,347		
Total	407638,868	67			

Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Figura 13. Dialogo creativo y el intercambio de ideas en todos los niveles del hospital

Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Tabla 14

Relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones de elaboración de manuales y documentos y la productividad del personal de salud

Productividad						
	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Mínimo	Máximo
Teléfono móvil	12	303,5000	33,61412	9,70356	243,00	354,00
Computador	14	300,1429	36,14896	9,66122	233,00	347,00
Internet	9	303,1111	21,28053	7,09351	270,00	339,00
Red local (Intranet y/o Extranet)	4	302,2500	56,28129	28,14064	241,00	359,00
Correo electrónico	14	264,2143	106,89332	28,56844	34,00	359,00
Página Web	7	223,4286	131,24641	49,60648	37,00	333,00
Foros electrónicos	2	167,5000	232,63813	164,50000	3,00	332,00
Otras tecnologías	1	299,0000	.	0.00.	299,00	299,00
Wi-Fi para el personal de salud	4	272,7500	12,81601	6,40800	259,00	290,00
Total	67	280,1343	79,76460	9,74480	3,00	359,00

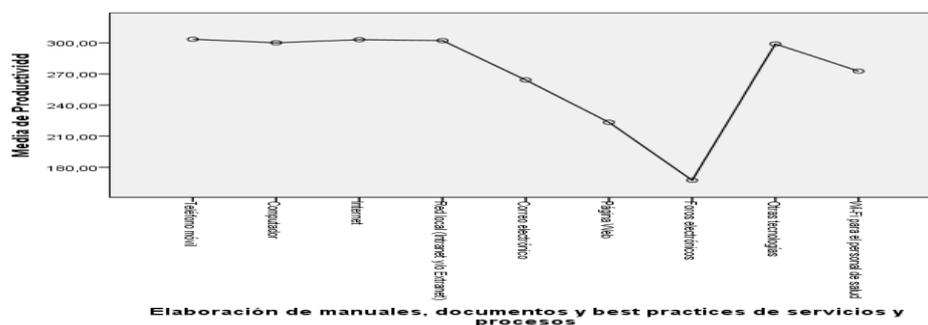
ANOVA

Productividad					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	70868,116	8	8858,515	1,472	,187
Dentro de grupos	349049,675	58	6018,098		
Total	419917,791	66			

Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Figura 14

Elaboracion de manuales, documentos y best practices de servicios y procesos



Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Tabla 15

Relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones actualización constante de base de datos y la productividad del personal de salud

Productividad						
	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Mínimo	Máximo
Teléfono móvil	11	306,0909	33,97486	10,24380	243,00	354,00
Computador	12	297,0833	36,74595	10,60764	233,00	347,00
Internet	19	295,3158	69,14080	15,86199	37,00	378,00
Red local (Intranet y/o Extranet)	7	266,0000	102,02287	38,56102	54,00	359,00
Correo electrónico	11	241,0000	109,83806	33,11742	34,00	354,00
Página Web	2	326,5000	9,19239	6,50000	320,00	333,00
Foros electrónicos	3	179,6667	172,18982	99,41384	3,00	347,00
Wi-Fi para el personal de salud	2	265,0000	8,48528	6,00000	259,00	271,00
Total	67	280,2687	80,10553	9,78645	3,00	378,00

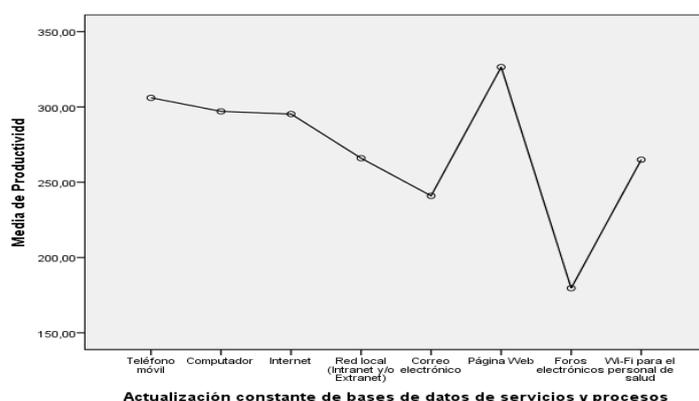
ANOVA

Productividad					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	68520,066	7	9788,581	1,627	,146
Dentro de grupos	354995,098	59	6016,866		
Total	423515,164	66			

Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Figura 15.

Actualización constante de bases de datos de servicios y proceso



Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Tabla 16

Relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones de diálogo y su correspondiente documentación y la productividad del personal de salud

Productividad						
	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Mínimo	Máximo
Teléfono móvil	17	281,5882	67,85191	16,45651	72,00	354,00
Computador	9	303,0000	46,92814	15,64271	233,00	378,00
Internet	8	315,6250	23,76635	8,40267	287,00	354,00
Red local (Intranet y/o Extranet)	7	242,1429	96,67718	36,54054	54,00	379,00
Correo electrónico	14	300,9286	57,47971	15,36210	139,00	359,00
Página Web	4	304,7500	35,21718	17,60859	271,00	347,00
Foros electrónicos	6	220,6667	157,56480	64,32556	3,00	347,00
Otras tecnologías	2	152,5000	167,58431	118,50000	34,00	271,00
Wi-Fi para el personal de salud	3	301,3333	37,42103	21,60504	259,00	330,00
Total	70	281,4143	79,98505	9,56004	3,00	379,00

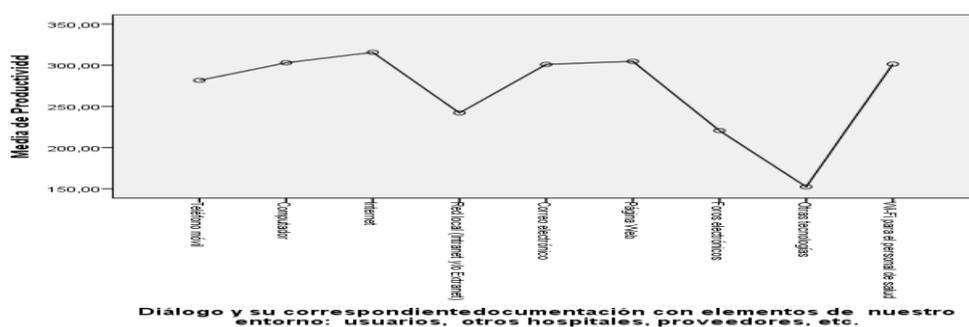
ANOVA

Productividad					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	88431,957	8	11053,995	1,910	,075
Dentro de grupos	353003,028	61	5786,935		
Total	441434,986	69			

Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Figura 16.

Diálogo y su correspondiente documentación con elementos de nuestro entorno: usuarios, otros hospitales, proveedores, etc.



Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Tabla 17

Relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones de educación y entrenamiento formal y la productividad del personal de salud

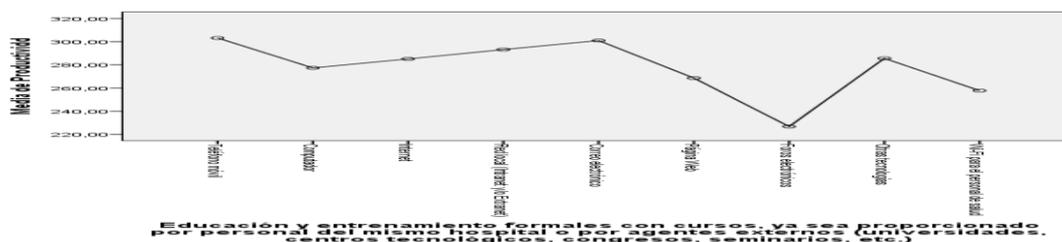
Productividad						
	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Mínimo	Máximo
Teléfono móvil	12	303,0833	33,63564	9,70977	243,00	354,00
Computador	4	277,2500	39,53374	19,76687	233,00	329,00
Internet	16	285,0000	75,09461	18,77365	34,00	359,00
Red local (Intranet y/o Extranet)	9	293,1111	96,01230	32,00410	54,00	359,00
Correo electrónico	10	300,9000	37,14671	11,74682	226,00	337,00
Página Web	6	268,5000	135,04185	55,13060	3,00	378,00
Foros electrónicos	7	226,7143	128,47920	48,56057	37,00	347,00
Otras tecnologías	2	285,5000	6,36396	4,50000	281,00	290,00
Wi-Fi para el personal de salud	3	257,6667	1,52753	,88192	256,00	259,00
Total	69	282,5362	77,90239	9,37835	3,00	378,00

ANOVA

Productividad					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	34521,609	8	4315,201	,685	,703
Dentro de grupos	378155,551	60	6302,593		
Total	412677,159	68			

Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Figura 17. Educación y entrenamiento formales con cursos, ya se proporcionado por el personal del mismo hospital o por agentes externos



Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Tabla 18.

Relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de acceso especializado de revistas y la productividad del personal de salud

Productividad						
	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Mínimo	Máximo
Teléfono móvil	14	305,2143	43,96708	11,75070	233,00	378,00
Computador	9	301,2222	35,04561	11,68187	241,00	347,00
Internet	17	310,2941	26,37178	6,39610	270,00	354,00
Red local (Intranet y/o Extranet)	6	219,3333	136,45610	55,70797	37,00	333,00
Correo electrónico	7	231,8571	148,47158	56,11698	3,00	359,00
Página Web	2	323,5000	33,23402	23,50000	300,00	347,00
Foros electrónicos	6	251,8333	106,88576	43,63593	72,00	347,00
Otras tecnologías	2	270,5000	14,84924	10,50000	260,00	281,00
Wi-Fi para el personal de salud	4	265,7500	16,21471	8,10735	256,00	290,00
Total	67	282,9851	78,47862	9,58769	3,00	378,00

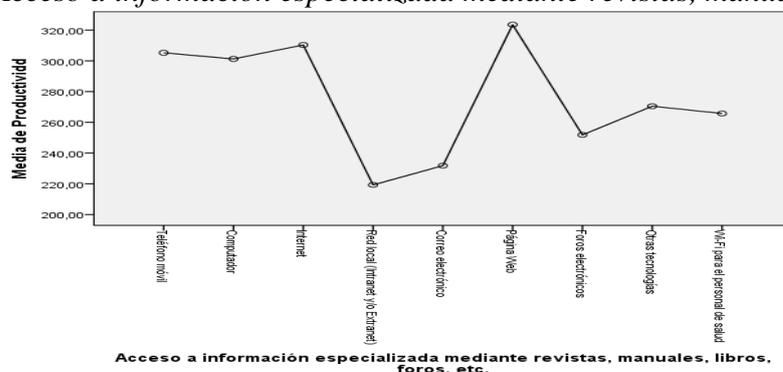
ANOVA

Productividad					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	75802,769	8	9475,346	1,662	,128
Dentro de grupos	330684,216	58	5701,452		
Total	406486,985	66			

Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Figura 18.

Acceso a información especializada mediante revistas, manuales, libros y otros



Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Tabla 19

Relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de publicación de información interna y la productividad del personal de salud

Productividad

	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Mínimo	Máximo
Teléfono móvil	20	292,2000	63,32340	14,15954	72,00	354,00
Computador	9	306,8889	33,13399	11,04466	258,00	347,00
Internet	11	309,6364	30,45085	9,18128	271,00	378,00
Red local (Intranet y/o Extranet)	14	262,9286	104,02179	27,80099	37,00	379,00
Correo electrónico	6	250,6667	108,69897	44,37617	34,00	332,00
Página Web	5	284,0000	91,87491	41,08771	139,00	359,00
Foros electrónicos	2	146,5000	202,93965	143,50000	3,00	290,00
Otras tecnologías	1	281,0000	.	.	281,00	281,00
Wi-Fi para el personal de salud	1	259,0000	.	.	259,00	259,00
Total	69	281,8841	79,82012	9,60921	3,00	379,00

ANOVA

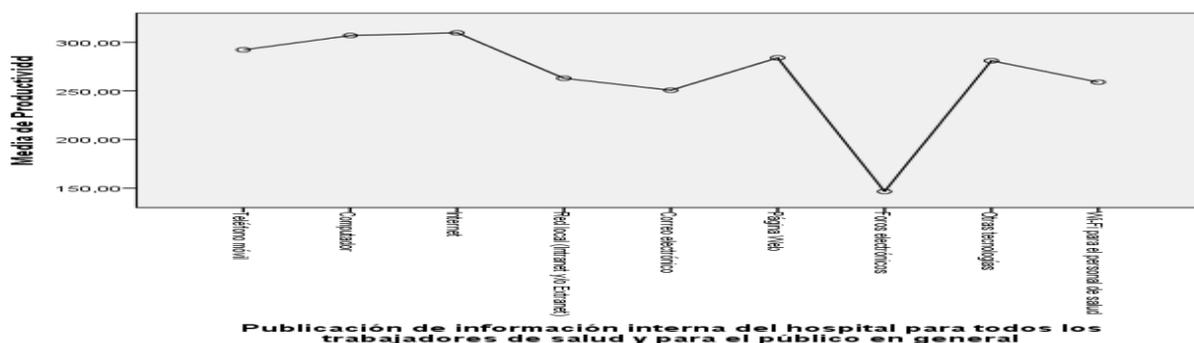
Productividad

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	64309,676	8	8038,710	1,307	,257
Dentro de grupos	368935,396	60	6148,923		
Total	433245,072	68			

Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

Figura 19.

Publicación de información interna del hospital para todos los trabajadores de salud y para el público en general



Fuente :elaboracion propia a partir de datos de la encuesta

V. Discusión de resultados

TABLA 1

Respecto de relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de valoración de actitudes llevadas a cabo en su hospital y la productividad del personal de salud, en este sentido, la productividad promedio de los que los que tienen valoración de actitudes llevadas a cabo en su hospital de forma inadecuada dio un promedio de productividad fue de $282,6 + - 86,9$, cuando es medianamente adecuada es de $289,2 + - 60,4$, y finalmente cuando es adecuada es de $251,6 + - 93,6$, como se puede apreciar la prueba F reporta 1.58, y una significancia mayor de 0.05, como se puede apreciar no se muestran diferencias estadísticamente significativas, por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, por lo que las variables en mención no se relacionan.

TABLA 2

En cuanto a la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de actividades de socialización (conocimiento tácito a tácito) y la productividad del personal de salud, se pudo encontrar que cuando se dan las actividades de socialización baja el promedio de productividad es de $293,72 + - 57,17$, cuando la productividad es media $252,30 + - 122,49$ y cuando la productividad en esta dimensión es alta es de $283,19 + - 82,82$, como podemos apreciar, el valor de F es de 1.474, con una significancia mayor de 0.05.

TABLA 3

Determinar la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de actividades de exteriorización (conocimiento tácito a explícito) y la productividad del personal de salud, cuando es bajo el nivel de actividades de exteriorización, el valor de productividad es de $292,33, + - 37,42$, el nivel medio $290,61 + - 79,19$ y el nivel alto de $269,04 + - 93,25$, como se puede observar el valor de F es mayor de 0.05, siendo la significancia mayor de 0.05, por lo que no se relación las variables, en lo que se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula.

TABLA 4

Respecto a la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de actividades de combinación (conocimiento explícito a explícito) y la productividad del personal de salud, se pudo encontrar que esta combinación de explícito, se pudo encontrar que los que tienen actividades de combinación en el nivel bajo el promedio de productividad fue de 281.95 ± 85.23 puntos, mientras que los del nivel medio fue de 296.68 ± 51.82 , finalmente el nivel alto muestra una productividad de 284.42 ± 77.53 , como se puede apreciar el valor de la prueba F es de 0.796, siendo el valor de p mayor de 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula, por lo que no se relacionan las variables estudiadas.

TABLA 5

Como se puede observar que al determinar la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de actividades de interiorización (conocimiento explícito a tácito) y la productividad del personal de salud, se pudo encontrar que las que reportaron actividades de interiorización a nivel bajo mostraron un promedio de productividad de 280.96 ± 81.14 , los que mostraron el nivel medio 281.36 ± 82.22 y finalmente los muestran nivel bajo el promedio de productividad es de 304.45 ± 53.22 , como se puede apreciar que el valor 0.42, y la significancia estadística mayor de 0.05.

TABLA 6

En cuanto a la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión implementación de un programa de gestión del conocimiento y la productividad del personal de salud, se puede encontrar que los que presentan la gestión del conocimiento en el nivel parcial tienen una productividad de 282.45, mientras que lo que reportan el nivel de medio muestran una productividad de 286.52, como se puede apreciar la prueba F es de 0.045, con un valor de P menor de 0.05, por que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula, por lo que hay relación estadística entre las variables.

TABLA 7

Respecto relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones de innovación – contexto de trabajo y tecnologías de la información y la productividad del personal de salud, se pudo encontrar que de los que reportaron un nivel de baja innovación la productividad tuvo un promedio de 257.00, los que reportasen un nivel medio 259.88 y los que reportaron nivel alto 298.53, como se puede apreciar el valor de F es de 2.37 con un nivel de significancia mayor de 0.05, por lo que no demuestra relación de variables y se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula.

TABLA 8

En cuanto a la relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones de innovación – valoración de actividades y tecnologías de la información y la productividad del personal de salud, se puede encontrar que los que reportan es innovación en el nivel bajo tuvo una productividad promedio de 287.68, el nivel medio tuvo una productividad de 266.25, finalmente el nivel alto tiene una productividad promedio de 301.28, mostrando un valor de F de 0.646 y un nivel de significancia mayor de 0.05, por lo que no hay diferencias significativas, en tal sentido se rechaza la hipótesis de estudio y se acepta la hipótesis nula, en este sentido no se establece relación entre las variables.

TABLA 9

Como se puede apreciar en relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones de tecnologías de la información como fuente de ventaja competitiva y la productividad del personal de salud, se pudo encontrar que de los reportaron el nivel de tecnología baja el promedio de productividad fue de 280.18, los de productividad media 292.18, y los de productividad alta 273.30, como se puede apreciar el valor de la prueba F es de 0.305, con un valor de P mayor de 0.05, lo que no reporta diferencias estadísticamente entre los promedios, por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, en este sentido no se relacionan las variables en mención.

TABLA 10

En cuanto a la relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones de tecnologías de la información - valoración del uso de las ti y la productividad del personal

de salud, podemos encontrar que el nivel bajo de conocimientos de las TICs en este punto muestra una productividad de 289.53, la de nivel medio una productividad de 308.67, y finalmente la de nivel alto 243.81 puntos de productividad, como se puede apreciar el valor de la prueba F es de 1.980, siendo el valor de P mayor de 0.05, por lo que no se reportan diferencias estadísticamente significativas en ese sentido se rechaza la hipótesis del estudio, y se acepta la hipótesis nula, lo que no demuestra relación entre las variables.

TABLA 11

En relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de observación y la productividad del personal de salud, podemos encontrar que las trabajadores que contaban con herramientas como teléfono móvil, computadora, internet, wifi, intranet, y otras herramientas mostraron promedios de productividad que no mostraron diferencias estadísticamente significativas por lo que se rechaza la hipótesis del estudio y se acepta la hipótesis nula, en ese sentido las variables en mención no están asociadas.

TABLA 12

En cuanto a la relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones de experimentación y/o simulación de procesos y servicios y la productividad del personal de salud, podemos encontrar que las trabajadores que contaban con herramientas como teléfono móvil, computadora, internet, wifi, intranet, y otras herramientas mostraron promedios de productividad que no mostraron diferencias estadísticamente significativas por lo que se rechaza la hipótesis del estudio y se acepta la hipótesis nula, en ese sentido las variables en mención no están asociadas.

TABLA 13

En cuanto a la relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones dialogo creativo e intercambio de ideas y la productividad del personal de salud, podemos encontrar que las trabajadores que contaban con herramientas como teléfono móvil, computadora, internet, wifi, intranet, y otras herramientas mostraron promedios de productividad que no mostraron diferencias estadísticamente significativas por lo que se rechaza la hipótesis del estudio y se acepta la hipótesis nula, en ese sentido las variables en mención no están

asociadas.

TABLA 14

En cuanto a la relación entre la gestión del conocimiento en las dimensión de elaboración de manuales y documentos y la productividad del personal de salud, podemos encontrar que las trabajadores que contaban con herramientas como teléfono móvil, computadora, internet, wifi, intranet, y otras herramientas mostraron promedios de productividad que no mostraron diferencias estadísticamente significativas por lo que se rechaza la hipótesis del estudio y se acepta la hipótesis nula, en ese sentido las variables en mención no están asociadas.

TABLA 15

En cuanto a la relación entre la gestión del conocimiento en las dimensión actualización constante de base de datos y la productividad del personal de salud, podemos encontrar que las trabajadores que contaban con herramientas como teléfono móvil, computadora, internet, wifi, intranet, y otras herramientas mostraron promedios de productividad que no mostraron diferencias estadísticamente significativas por lo que se rechaza la hipótesis del estudio y se acepta la hipótesis nula, en ese sentido las variables en mención no están asociadas.

TABLA 16

En cuanto a la relación entre la gestión del conocimiento en las dimensión de diálogo y su correspondiente documentación y la productividad del personal de salud, podemos encontrar que las trabajadores que contaban con herramientas como teléfono móvil, computadora, internet, wifi, intranet, y otras herramientas mostraron promedios de productividad que no mostraron diferencias estadísticamente significativas por lo que se rechaza la hipótesis del estudio y se acepta la hipótesis nula, en ese sentido las variables en mención no están asociadas.

TABLA 17

En cuanto a la relación entre la gestión del conocimiento en las dimensión de educación y entañamiento formal y la productividad del personal de salud, podemos encontrar que las trabajadores que contaban con herramientas como teléfono móvil, computadora, internet, wifi, intranet, y otras herramientas mostraron promedios de productividad que no mostraron diferencias estadísticamente significativas por lo que se rechaza la hipótesis del estudio y se acepta la hipótesis nula, en ese sentido las variables en mención no están asociadas.

TABLA 18

En cuanto a la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de acceso especializado de revistas y la productividad del personal de salud, podemos encontrar que las trabajadores que contaban con herramientas como teléfono móvil, computadora, internet, wifi, intranet, y otras herramientas mostraron promedios de productividad que no mostraron diferencias estadísticamente significativas por lo que se rechaza la hipótesis del estudio y se acepta la hipótesis nula, en ese sentido las variables en mención no están asociadas.

TABLA 19

En cuanto a la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de publicación de información interna y la productividad del personal de salud, podemos encontrar que las trabajadores que contaban con herramientas como teléfono móvil, computadora, internet, wifi, intranet, y otras herramientas mostraron promedios de productividad que no mostraron diferencias estadísticamente significativas por lo que se rechaza la hipótesis del estudio y se acepta la hipótesis nula, en ese sentido las variables en mención no están asociadas.

VI. Conclusiones

- 6.1 No se encuentra relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de valoración de actitudes llevadas a cabo en su hospital y la productividad del personal de salud.
- 6.2 La relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de Socialización (conocimiento tácito a tácito) y la productividad del personal de salud, no muestra diferencias significativas.
- 6.3 No se encuentra una relación estadística entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de Exteriorización (conocimiento tácito a explícito) y la productividad del personal de salud.
- 6.4 La relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de Combinación (conocimiento explícito a explícito) y la productividad del personal de salud, no muestra relación significativa.
- 6.5 No se reporta relación estadística entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de Interiorización (conocimiento explícito a tácito) y la productividad del personal de salud.
- 6.6 Existe relación significativa entre la gestión del conocimiento en la dimensión Implementación de un programa de Gestión del Conocimiento y la productividad del personal de salud.
- 6.7 La relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones de Innovación y tecnologías de la información y la productividad del personal de salud, no muestran significancia.
- 6.8 Finalmente, no se demuestra la relación entre la gestión del conocimiento y la productividad del personal de salud del Hospital Luis N. Saenz en el año 2019.

VII. Recomendaciones

- 7.1 Se recomienda diseñar sistemas de gestión del conocimiento para fortalecer al personal del Hospital Luis N. Sáenz, con el fin de cumplir con los derechos de actualización y capacitación permanente, la cual es política del MINSA.
- 7.2 Se recomienda incorporar mayor presupuesto a las políticas de capacitación permanente para el personal de salud, y proponer trabajar evaluaciones permanentes de capacidades profesionales de los proveedores de salir con el fin de identificar fallas y potenciar las habilidades del personal.
- 7.3 Motivar más investigaciones que aborden el tema de la productividad desde diferentes enfoques ya que como se demuestra en este estudio, no se establece relación con la gestión del conocimiento.
- 7.4 Mejorar los sistemas de productividad mediante una evaluación permanente de horas hombre trabajadas y con indicadores similares como el elaborado en la presente tesis.

VIII. Referencias

- Aliaga, R. (10 de Abril de 2018). *¿Cómo medir la productividad en el sector salud?* Obtenido de esan.edu.pe: <https://www.esan.edu.pe/conexion/actualidad/2018/04/10/como-medir-la-productividad-en-el-sector-salud/>
- Alvarado, A. (2010). Experiencia de cuidar a un paciente con enfermedad crónica después de recibir una capacitación. *Revista Científica Salud Uninorte*, 26(2). Obtenido de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/221/5808>
- Arboleda, G. (2014). Percepción que los gerentes tienen acerca de la gestión del conocimiento en las instituciones de salud, valle de aburrá, 2011. *Revista De La Facultad Nacional De Salud Pública*, 32(2), 42-53.
- Arboleda, G. (2016). Conceptualización de la gestión del conocimiento en instituciones de salud de mediana y alta complejidad. *Revista de Salud Publica*, 18(3), 379-390. doi:<http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n3.44072>
- Arroyo, H. (2009). La formación de recursos humanos y el desarrollo de competencias para la capacitación en promoción de la salud en América Latina. *Global Health Promotion*, 16(2), 66-72. doi:<https://doi.org/10.1177%2F1757975909104111>
- Ayach, C., Moimaz, S., & Garbin, C. (2013). Auditoria no Sistema Único de Saúde: o papel do auditor no serviço odontológico. *Saúde e Sociedade*, 22(1), 237-248. Obtenido de <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100021>
- Bueno, E., & Salmador, M. (2000). La dirección del conocimiento en el proceso estratégico de la empresa complejidad e imaginación en la espiral del conocimiento. *Instituto Universitario Euroforum Escorial*, 55-66.
- Carhuallanqui, J., & Romero, J. (2017). *Nivel de Conocimiento Sobre Salud Oral y su Relación con el Índice de Caries en Alumnos del 5to Grado de Secundaria de la Institución Educativa Estatal "Warivilca", en la Provincia de Huancayo, 2017.* Huancayo: Universidad Peruana Los Andes. Obtenido de

<http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/324/CARHUALLANQUI%20J.%20ROMERO%20J..pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Coronel y Rojas. (2013). *Impacto de la gestión del conocimiento en la innovación de las entidades microfinancieras en Tarma, periodo 2012*. Facultad de Ciencias Aplicadas. Tarma: Universidad Nacional del Centro del Perú. Obtenido de <http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/1985/Coronel%20Sanchez%20-%20Rojas%20Rojas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Coroso, et al. (2001). Product Innovation within SMEs - The Role of Product Complexity. *Enterprise and Innovation Management Studies*, 2(1), 35-48. Obtenido de <https://doi.org/10.1080/14632440110056319>

Costa, M., Garcia, R., & Bomfin, M. (2012). Sistema de informação da atenção básica como instrumento de gestão: Estudo de caso em Santo Antônio de Jesus / BA. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 11(1). doi:<https://doi.org/10.5935/1676-4285.20120021>

Echeverri, L., Garca, J., & Barreneche, J. (2016). Diseño de modelo de capacitación en procesos asistenciales relacionados con dispositivos médicos. *Revista Ingeniería Biomédica*, 10(2), 27-34.

Franco, G., Jaramillo, D., & Barreneche, J. (2015). Modelo de capacitación de tecnología biomédica para clínicas y hospitales de tercer nivel, enfocado en personal asistencial. *Revista Ingeniería Biomédica*, 9(18), 139-144. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rinbi/v9n18/v9n18a17.pdf>

Gabante, H., & Garrido, U. (2012). Migración de lo presencial a lo virtual en la asignatura introducción a la computación del programa de enfermería de la UCLA. *Revista Iberoamericana De Educación a Distancia*, 15(1), 127-142.

Gaspar, S., & Frederico, M. (2016). Knowledge management in Portuguese healthcare institutions. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(3), 461-468. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690311i>

- Grespan, V., & D'Innocenzo, M. (2009). Evaluación de la calidad de los registros de enfermería en la historia clínica por medio de la auditoría. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(3), 313-317. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000300012>
- Henríquez, G., Veracoechea, B., Papale, J., & Berrios, A. (2015). Modelo de capacitación docente para entornos virtuales de aprendizaje. Caso decanato ciencias de la salud de la UCLA. *RIED. Revista Iberoamericana de educación a Distancia*, 18(1), 67-90. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3314/331433041004.pdf>
- Hueso, C., Aguilar, E., Cambil, J., Serrano, M., & Cañadas, G. (2016). Efecto de un programa de capacitación en competencias de investigación en estudiantes de ciencias de la salud. *Enfermería Global*, 141-151. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000400006
- Hunahpu, A. (2020). *Productividad*. Obtenido de <https://emiliorpagusto.es.tl/1--DEFINICI%D3N-DE-PRODUCTIVIDAD-d-.htm>
- Instituto Latinoamericano para la Gerencia de Organizaciones Empresariales (ILGO). (s.f). *La productividad en las empresas de servicios*. Obtenido de https://comunidadilgo.org/back/_lib/file/doc/portaldoc41_3.pdf
- Ippolito, J., Cerqueira, M., & Ortega, D. (2005). Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud en las Americas. *IUHPE - Promotio & Education*, 12(3-4), 220-229. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/249839177_Iniciativa_Regional_Escuelas_Promotoras_de_la_Salud_en_las_Americas
- Kämäräinen, V., Peltokorpi, A., Torkki, P., & Tallbacka, K. (2016). Measuring healthcare productivity-from unit to system level. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 29(3), 288-299.
- Liberona, D. (2013). *Análisis de las estrategias organizacionales y tecnológicas para implementar programas de gestión del conocimiento en empresas Chilenas*. Lleida:

Universitat de Lleida. Obtenido de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/127223/Tdlf1de1.pdf?sequence=2>

Llanos, F., Leyva, H., Miranda, J., Mayca, J., & Zeballos, C. (2002). Auditoría médica concurrente de certificados de incapacidad temporal para el trabajo. *Revista Medica Herediana*, 13(1), 26-31. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2002000100005

López, J. (2012). *Diseño, desarrollo y evaluación de un modelode gestión del conocimiento para un colegio de educación primaria*. Departamento de Didáctica, Organización Escolar y Didácticas Especiales. Madrid: Facultad de Educación. Obtenido de https://www.academia.edu/7884935/Documento_1_

Martínez, E., López, M., & Salas, L. (2015). Lecciones aprendidas de gestión del conocimiento para la salud pública: Algunos espacios observados en colombia. *Revista Gerencia y Políticas De Salud*, 14(29), 97-113.

Matzumura, J., Gutiérrez, H., Sotomayor, J., & Pajuelo, G. (2014). Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011. *An Fac med*, 75(3), 251-257. doi:<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v75i3.9781>

Molina, G., Oquendo, T., Rodríguez, S., Montoya, N., Vesga, C., Lagos, N., . . . Arboleda, G. (2016). Gestión del talento humano en salud pública. Un análisis en cinco ciudades colombianas, 2014. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 15(30), 108-125. doi:<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyys15-30.gtsp>

Nonaka y Takeuchi. (1995). *The knowledge-creating company: how Japanese companies create the dynamics of innovation*. New York: Oxford University Press.

Prasad, K., Jha, S., & Prakash, A. (2015). Quality, productivity and business performance in home based brassware manufacturing units. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 64(2), 270-278. doi:DOI: 10.1108/IJPPM-02-2014-0029

- Quiñones, P., Franciulli, A., Greif, D., Fiol, V., Nozar, M., & Visconti, A. C. (2014). Resultados de la validación del formulario nacional de auditoría de sífilis gestacional y congénita en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Rev Méd Urug*, 30(4), 226-234. Obtenido de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902014000400003&lng=es&tlng=es
- Real Academia Española (RAE). (2020). *Productividad*. Obtenido de <https://dle.rae.es/productividad>
- Rivera, V. (28 de Mayo de 2020). *Cómo mejorar la productividad a través del capital humano*. Obtenido de <https://bpo.mx/seleccion-de-personal/como-mejorar-la-productividad-a-traves-del-capital-humano/>
- Saladrigas, H., Yang, Y., & Torres, D. (2016). Relación conceptual entre la gestión de la comunicación institucional y la gestión del conocimiento. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 27(4), 568-580. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/ics/v27n4/rci11416.pdf>
- Salas, M. (2011). *Evaluación de la calidad de las historias clínicas de emergencia elaboradas por los internos de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo: año 2006*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Lima.
- Silva, M., Ramos, I., & Leitão, M. (2009). Percepção da equipe de enfermagem em relação a implantação do prontuário eletrônico: contribuições da tecnologia no cuidado hospitalar. *Rev. Paul Enferm*, 28(3), 49-57. Obtenido de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=755287&indexSearch=ID#refine>
- Tangen, S. (2005). Professional practice demystifying productivity and performance. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 54(1), 34-46.
- Tarango, J., & Machado, Y. (2012). Diseño de acciones de alfabetización informacional en TIC para profesionales del sector de la salud en Cuba. *Revista Interamericana De Bibliotecología*, 35(2), 173-187.

- Vega, A., & Aramendi, P. (2011). Entre el fracaso y la esperanza. Necesidades formativas del alumnado de los programas de cualificación profesional inicial. *Rev. Educación XXI*, 13(1), 39-63. doi:<https://doi.org/10.5944/educxx1.13.1.276>
- Villegas, E., Aguirre, C., Díaz, D., Galindo, L., Arango, M., Kambourova, M., & Jaramillo, P. (2012). La función del tutor en la estrategia de Aprendizaje Basado en Problemas en la formación médica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. *Rev. Iatreia*, 25(3), 261-271. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v25n3/v25n3a09.pdf>
- Zuliani, L., Villegas, M., Galindo, L., & Kambourova, M. (2015). Visita domiciliaria familiar: estrategia didáctica para la formación integral del personal médico. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 851-863. doi:<http://dx.doi.org/10.11600/1692715x.13221280813>

IX. Anexos

ANEXO A: Matriz de Consistencia

TEMA “GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y SU RELACIÓN CON LA PRODUCTIVIDAD DEL PERSONAL DEL SALUD DEL HOSPITAL LUIS N. SAENZ EN EL AÑO 2017”

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES		
<p>Problema</p> <p>¿En qué medida la gestión del conocimiento se relaciona con la productividad del personal de salud del Hospital Luis N. Saenz en el año 2017?</p> <p>Problemas Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de valoración de actitudes llevadas a cabo en su hospital y la productividad del personal de salud? • ¿Cuál es la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de Socialización (conocimiento tácito a tácito) y la productividad del personal de salud? • ¿Cuál es la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de 	<p>Objetivo general :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación entre la gestión del conocimiento y la productividad del personal de salud del Hospital Luis N. Saenz en el año 2017. <p>Objetivos específicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de valoración de actitudes llevadas a cabo en su hospital y la productividad del personal de salud. • Determinar la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de Socialización (conocimiento tácito a tácito) y la productividad del personal de salud. • Determinar la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de 	<p>Hipótesis Alterna</p> <ul style="list-style-type: none"> • A mayor nivel de gestión del conocimiento, mayor productividad del personal de salud del Hospital Luis N. Saenz en el año 2017. <p>Hipótesis Específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de valoración de actitudes llevadas a cabo en su hospital y la productividad del personal de salud. • Existe relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de Socialización (conocimiento tácito a tácito) y la productividad del personal de salud. • Existe relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de 	V. INDEPENDIENTE : GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO (GC)		
			Dimensiones	Indicadores	Ítems/índices
			GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO (GC)	Valoración de actitudes llevadas a cabo en su hospital	
			VALORACIÓN DE ACTIVIDADES LLEVADAS A CABO EN SU HOSPITAL:	Actividades de Socialización (conocimiento tácito a tácito)	
				Actividades de Exteriorización (conocimiento tácito a explícito)	
				Actividades de Combinación (conocimiento explícito a explícito)	
				Actividades de Interiorización (conocimiento explícito a tácito)	
				Implementación de un programa de Gestión del Conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

<p>Exteriorización (conocimiento tácito a explícito) y la productividad del personal de salud?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de Combinación (conocimiento explícito a explícito) y la productividad del personal de salud? • ¿Cuál es la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de Interiorización (conocimiento explícito a tácito) y la productividad del personal de salud? • ¿Cuál es la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión Implementación de un programa de Gestión del Conocimiento y la productividad del personal de salud? • ¿Cuál es la relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones de Innovación y tecnologías de la información y la productividad del personal de salud?? 	<p>Exteriorización (conocimiento tácito a explícito) y la productividad del personal de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de Combinación (conocimiento explícito a explícito) y la productividad del personal de salud. • Determinar la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de Interiorización (conocimiento explícito a tácito) y la productividad del personal de salud. • Determinar la relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión Implementación de un programa de Gestión del Conocimiento y la productividad del personal de salud. • Determinar la relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones de Innovación y tecnologías de la información y la productividad del personal de salud. . 	<p>dimensión de Actividades de Exteriorización (conocimiento tácito a explícito) y la productividad del personal de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de Combinación (conocimiento explícito a explícito) y la productividad del personal de salud. • Existe relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión de Actividades de Interiorización (conocimiento explícito a tácito) y la productividad del personal de salud. • Existe relación entre la gestión del conocimiento en la dimensión Implementación de un programa de Gestión del Conocimiento y la productividad del personal de salud. • Existe relación entre la gestión del conocimiento en las dimensiones de Innovación y tecnologías de la información y la productividad del personal .de salud. 		Implementación de un programa de Gestión del Conocimiento	
			BLOQUE: INNOVACIÓN	Contexto en que trabaja el Hospital	
				Valoración de actividades llevadas a cabo en su Hospital	
			BLOQUE: TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN (TI)	Las TI como fuente de ventaja competitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
				Valoración de la actitud de la empresa hacia las TI	
				Valoración de la inversión en TI hecha por el Hospital	
				Valoración del uso de las TI en el Hospital	
				Uso de TI en las actividades de GC llevadas a cabo en su Hospital	
V, DEPENDIENTE ; (Y) Productividad del personal del salud					
			Productividad del personal de la salud	<p>Número de atenciones por hora Numero de turnos al mes Cantidad de procedimientos realizados por día. Cumplimiento de la meta por turno Cumplimiento de la meta por día Cumplimiento de la meta por mes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 0

MÉTODO Y DISEÑO	POBLACIÓN	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA	PROPUESTA DE BASES TEÓRICAS
<p>TIPO</p> <p>Por su Orientación: Aplicada</p> <p>El tipo de investigación es Aplicada, explicativa, retrospectiva, transversal y prolectiva.</p> <p>DISEÑO</p> <p>El diseño es de tipo perspectiva histórica:</p> <p>Se tratará de relacionar las dos variables en el presente estudio, primero la identificación de la gestión del conocimiento hospitalaria, la cual se relacionará con la el nivel de productividad del personal de salud..</p>	<p>Población</p> <p>Está conformado por 120 proveedores de salud del Hospital Luis N. Saenz que están conformados por médicos y enfermeras.</p> <p>Muestra</p> <p>79.05 proveedores de salud. (Truncado a 80 proveedores de salud).</p>	<p>Para el usuario el método será la encuesta, la técnica a emplear es la entrevista y el instrumento de recolección de datos será el cuestionario semiestructurado, la cual está constituida de preguntas abiertas y cerradas, y tiene como fin determinar tanto la gestión del conocimiento que hace la institución hospitalaria percibida o recibida por el personal de salud, además de la productividad individual..</p>	<p>La información obtenida se presentará en cuadros y gráficos, a partir de las distribuciones de frecuencias encontradas.</p> <p>Para la parte analítica se empleará un modelo comparativo de dos poblaciones independientes, utilizándose el método de 2 proporciones, aplicándosele la prueba de Análisis de Varianza y Chi cuadrado para establecer su validez estadística, además de emplear la prueba de regresión logística.</p> <p>Los recursos para el análisis de la información serán los softwares estadísticos SPSS versión 22.0 y EPI INFO 2000, además el programa de optimización de tamaños de muestra SOTAM (Vicente Manzano).</p>	<p>Antecedentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestión del Conocimiento. 2. Productividad 3. Marco Teórico de contenidos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestión del Conocimiento. 2. Productividad-.

Anexo B: instrumento

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO SOBRE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN E INNOVACIÓN

BLOQUE: INFORMACIÓN GENERAL

1. Sexo:

Masculino

Femenino

1. Profesión:

Médico

Enfermera

2. Edad:

3. Años de labor en el Hospital:.....

4. Años de profesional :.....

5. Años de experiencia en total desde egresado hasta la actualidad:

6. Número de trabajadores de Salud en Su área:

De 20 a 49

De 50 a 100

De 101 a 250

BLOQUE: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO (GC)

7. ¿Los conceptos de Gestión del Conocimiento son familiares para usted?

No, en absoluto

He escuchado algo sobre ellos

Los conceptos son familiares para mí, pero no se conocen en nuestro hospital

Sí, y el hospital ha iniciado a trabajar con ellos sin considerarlos en su estrategia

Sí, y nuestro hospital trabaja activamente con estos conceptos e incluso los considera dentro de su estrategia

8. Valoración de actitudes llevadas a cabo en su empresa

Señale en los siguientes ítems el valor que mejor refleje la situación en su hospital.

Si (1) y No (0)

Actitudes	1	0
Nuestra gestión de recursos humanos funciona bien		
El personal de salud es, en un alto porcentaje, competente y profesional		
El personal de salud está altamente motivados y comprometidos con sus labores		
El personal de salud es estimulado continuamente para generar y compartir nuevos conocimientos e ideas		
Todos el personal de salud juega un papel importante en la innovación en de las estrategias de salud al ser considerados sus conocimientos e ideas.		
La estrategia, la misión, los valores, los objetivos y las normas están claramente definidos y todo el personal es consciente de ello		
Los puestos de trabajo y las líneas de mando están claramente definidos		
La cultura y espíritu del hospital es positiva		
En el hospital se fomenta la seguridad en el empleo y la existencia de poca incertidumbre		
Nuestra comunicación es abierta e involucra a todos y cada uno de los trabajadores de salud.		
El trabajo en equipo es típico para nosotros		

Es importante para nosotros estar en contacto continuo con todo nuestro entorno y desarrollar nuestras redes de comunicación (usuarios, proveedores, competidores, gobierno)		
--	--	--

9. Valoración de actividades llevadas a cabo en su Hospital:

Señale en los siguientes ítems el valor que mejor refleje la situación en su hospital Si (1) y No (0)

10.1. Actividades de Socialización (conocimiento tácito a tácito)	0	1
Se promueven las visitas a los usuarios que permitan conocer <i>in situ</i> las necesidades, usos actuales, quejas, bondades, etc. de la gama de servicios de nuestro hospital.		
El entrenamiento informal de los proveedores de salud se da mediante la observación de la realización de actividades de expertos.		
Se busca visitar a otros hospitales que permitan conocer <i>in situ</i> sus procesos y servicios.		
Se permite y se alienta la simulación y/o diseño de procesos o servicios como resultado de la atención a los clientes		
Se permite y se alienta la simulación y/o diseño de procesos o servicios como resultado de la observación hecha a los expertos del hospital.		
Se permite y se alienta la simulación y/o diseño de procesos o servicios como resultado de la observación hecha a otros hospitales		

10.2. Actividades de Exteriorización (conocimiento tácito a explícito)	1	2
El diálogo creativo y el intercambio de ideas en todos los niveles es habitual en el hospital		
El uso de pensamiento deductivo e inductivo es común entre los trabajadores de salud		
Los proveedores de salud hacen uso de metáforas y analogías en los diálogos para la creación de conceptos o ideas		
La opinión subjetiva es permitida en todos los niveles		
Es indispensable la creación de manuales, documentos y <i>best practices</i> de servicios y procesos		
Se cuenta con bases de datos de productos y procesos que se actualizan constantemente		

10.3. Actividades de Combinación (conocimiento explícito a explícito)	0	1
El diálogo con los clientes/usuarios y la documentación de quejas, sugerencias, peticiones de ayuda, etc., es una práctica común		
Nuestro hospital busca y obtiene el diálogo con otros hospitales		
La educación y entrenamiento formales se brinda con cursos proporcionada por personal del mismo hospital		
Los proveedores de salud son actualizados constantemente mediante cursos dados por agentes externos a la empresa (universidades, centros tecnológicos, congresos, seminarios, etc.)		
Los profesionales de salud tienen acceso a información especializada mediante revistas, manuales, libros, foros, cursos, bibliotecas especializadas, etc.		
Las estrategias hospitalarias son diseñadas usando literatura científica publicada (interna y externa)		

Publicamos continuamente información interna del hospital para todos nuestros profesionales de salud		
Publicamos continuamente información interna del hospital para la comunidad científica		
Publicamos continuamente información interna del hospital para el público en general		

10.4. Actividades de Interiorización (conocimiento explícito a tácito)	0	1
Se permite comúnmente la simulación y/o experimentación con procesos y/o servicios a partir de manuales, investigaciones, best practices, historias, etc. orales, documentos, etc.		
La simulación y/o experimentación con métodos y procedimientos de otros hospitales (<i>benchmarking</i>) es habitual en el hospital		
Se alienta y es práctica habitual la simulación y/o experimentación con procesos y/o servicios a partir de quejas, sugerencias, preguntas y peticiones de ayuda de clientes		

10. Si es su caso, señale la(s) razón(es) por la(s) que NO ha implementado un programa de Gestión del Conocimiento en su Hospital :

- No tiene la seguridad de beneficios potenciales
- Nunca ha oído hablar de Gestión del Conocimiento
- Resistencia del personal
- Falta de tiempo
- No entiende lo que es la Gestión del Conocimiento
- Falta de recursos financieros
- Falta de interés
- Falta de necesidad
- Falta de apoyo de la alta dirección
- Falta de herramientas y tecnologías
- Otros motivos. Mencione:.....

BLOQUE: INNOVACIÓN

11. Importancia de la innovación y la I+D en la empresa

Señale el valor que considere mejor para evaluar la importancia de la innovación y la I+D (investigación y desarrollo) en su hospital, Si (1) y No (0)

	0	1
Importancia de la innovación y la I+D		

12. Contexto en que trabaja el Hospital

Señale en los siguientes ítems el valor que mejor refleje el contexto de su hospital, Si (1) y No (0).

Contexto	0	1
Los clientes/usuarios juegan el rol más importante en nuestro hospital		
El ciclo de vida de nuestras atenciones es normalmente largo		
Las preferencias de nuestros usuarios son estables		
En nuestro campo de atención, para tener éxito se debe lanzar nuevos servicios continuamente (tomografías, eco-4d, etc.)		
En nuestro campo de servicios se deben modificar continuamente los procesos operativos (sistemas de atención, referencias, trasferencias, triaje, etc.)		
Nuestro ambiente operacional de servicios cambia lentamente		
En nuestro campo de servicios de salud, el conocimiento y el <i>know how</i> se deben actualizar constantemente		

Otros Hospitales tienen un <i>know how</i> superior al nuestro		
El desarrollo tecnológico es rápido en nuestro campo de servicios		
El desarrollo tecnológico ofrece notables posibilidades en nuestro campo de atención		

13. Valoración de actividades llevadas a cabo en su Hospital

Señale en los siguientes ítems el valor que mejor refleje la situación en su hospital, Si (1) y No (0).

Actividades	0	1
Continuamente modificamos (desarrollamos y mejoramos) nuestros servicios de atención		
Continuamente modificamos (desarrollamos y mejoramos) nuestros procesos de atención		
Continuamente modificamos (desarrollamos) nuestra organización (estructuras, puestos de trabajo y responsabilidades, mof, rof)		
Poseemos patentes, licencias, investigaciones originales, libros y <i>copyrights</i>		
Existen relaciones intensas con universidades, centros de investigación, asociaciones civiles, ONGs y similares		
Hacemos uso intensivo de patentes, licencias investigaciones originales, libros y <i>copyrights</i> de otros		
Identificamos y adoptamos las mejores prácticas (<i>best practices</i>) de nuestro sector de manera continua		
Establecemos <i>joint venture</i> para obtener y usar los recursos complementarios que necesitamos; o bien, realizamos alianzas estratégicas con otras instituciones de salud o privadas para obtener mejoras en servicios y ampliar redes de atención		
Usamos mucho tiempo en nuestro hospital para investigar y desarrollar nuestros propios conocimientos y habilidades		
La retroalimentación de nuestros usuarios es positiva sin excepción y es considerada invariablemente en decisiones relativas a servicios y Procesos de atención.		

BLOQUE: TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN (TI)

14. Las TI como fuente de ventaja competitiva

Señale el valor que considere mejor para evaluar el papel que juegan las TI en su sector económico como fuente importante de ventaja competitiva, Si (1) y No (0).

	0	1
Papel de las TI		

15. Valoración de la actitud de la empresa hacia las TI

Señale en los siguientes ítems el valor que mejor refleje la situación en su hospital, Si (1) y No (0).

Valoración de la actitud	0	1
Las TI son imprescindibles en las actividades diarias del hospital		
Las TI y sus aplicaciones fueron y son adquiridas y/o diseñadas con una clara visión de las necesidades institucionales		
En el diseño de la estrategia del hospital, se considera la inversión y uso de las TI		
El hospital actualiza/reemplaza el hardware/software constantemente		

Actualización constante de bases de datos de servicios y procesos									
Diálogo y su correspondiente documentación con elementos de nuestro entorno: usuarios, otros hospitales, proveedores, etc.									
Educación y entrenamiento formales con cursos, ya sea proporcionado por personal del mismo hospital o por agentes externos (universidades, centros tecnológicos, congresos, seminarios, etc.)									
Acceso a información especializada mediante revistas, manuales, libros, foros, etc.									
Publicación de información interna del hospital para todos los trabajadores de salud y para el público en general									

PRODUCTIVIDAD DEL PERSONAL DEL SALUD

19. Número de atenciones por hora :.....
20. Numero de turnos al mes :.....
21. Cantidad de procedimientos realizados por día. :.....
22. Cumplimiento de la meta por turno :.....
23. Cumplimiento de la meta por día :.....
24. Cumplimiento de la meta por mes :.....

ANEXO C: Validación por Juicio de Expertos

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POST GRADO

Maestría en Salud Pública

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Sírvase UD, validar el instrumento de la tesis denominada, “GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y SU RELACIÓN CON LA PRODUCTIVIDAD DEL PERSONAL DEL SALUD DEL HOSPITAL LUIS N. SAENZ EN EL AÑO 2017”.

CRITERIO	VALORACIÓN					OBSERVACIONES
	1	2	3	4	5	
1. PERTINENTE						
2. COHERENTE						
3. FLEXIBLE						
4. SISTEMATICO						
TOTAL						

RANGO	VALORACIÓN
0-5	MALO
6-10	REGULAR
11-15	BUENO
16-20	EXCELENTE

- Experto Dra.:
- Centro de trabajo:
- Investigador en:

Fecha: 02 de Julio del 2016

FIRMA DEL EXPERTO

Resultado de la Validación:

Aprobado después de 3 correcciones en las que obtuvo ... luego y finalmente ... **VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO**

Nombre del Juez	1 ^{ra} Revisión	2 ^{da} Revisión	Revisión Final
Dra. Jully Pahola Calderón Saldaña	10	16	19
Dr. Luis Alzamora de los Godos Urcia	14	15	20
Dr. Hugo Noguera Bedoya	12	15	20
Promedio de calificación	12.0	15.6	19.6