

# EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

## LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO(\*)

### **GABRIEL CEPEDA CARRIÓN**

Departamento de Administración de Empresas y Comercialización e Investigación de Mercados  
Universidad de Sevilla

### **JUAN GABRIEL CEGARRA NAVARRO**

Departamento de Economía de la Empresa  
Universidad Politécnica de Cartagena

### **MARIA PAZ SALMADOR SÁNCHEZ**

Departamento de Organización de Empresas  
Universidad Autónoma de Madrid

### **EVA MARTÍNEZ CARO**

Departamento de Economía de la Empresa  
Universidad Politécnica de Cartagena

La literatura de capital intelectual ofrece una imagen estática del conocimiento presente en la organización: los stocks de conocimiento organizativo. Sin embargo, la gestión del conocimiento y el aprendizaje organizativo complementan la imagen anterior con una perspectiva dinámica del conocimiento organizativo: los flujos de conocimiento (Bueno, 1999, 2002).

Así, los conceptos capital intelectual, gestión del conocimiento y aprendizaje organizativo representan la «triada» conceptual (Bueno, 2000) que permite comprender mejor la complejidad del proceso dinámico de creación, integración, transferencia, transformación, almacenamiento y renovación del conocimiento organizativo. Como señala Bueno (2002) «el capital intelectual permite explicar la eficacia del aprendizaje organizativo y evaluar la eficiencia de la gestión del conocimiento». En concreto, la gestión del conocimiento organizativo implica determinar cómo este activo puede ser generado, aplicado y transferido (Swee, 2002; Rodríguez *et al.*, 2008).

Un sector de especial interés para el desarrollo e implantación de programas de gestión del conocimiento es el sector sanitario. En particular, las unidades de hospitalización a domicilio (UHD) suponen una innovación que permite proporcionar servicios hospitalarios

a enfermos terminales o agudos en sus propios domicilios (Montalto, 1996). Los recursos sanitarios son limitados, lo que genera una importante necesidad de identificar el origen de los gastos, para de esta forma optimizar la utilización de dichos recursos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) apunta que las estrategias en este sentido deberían ir dirigidas hacia la mejora de la atención del paciente en su propio contexto y de las condiciones del personal sanitario cuando proporciona esa atención, al objeto de reducir los costes de la atención dentro del sistema (ej., Montalto, 1996; Drake *et al.*, 2006). En este sentido, los beneficios que aportan las UHD son bastante claros. Si los pacientes permanecen en sus casas, los ingresos en los hospitales deberían reducirse y se evitan potenciales riesgos de infección (Planas-Miret *et al.*, 2005).

También se reconoce el hecho de que los cuidados en el propio domicilio incrementan la calidad de

vida del paciente considerablemente, favoreciendo los cuidados por los propios familiares y previniendo posibles riesgos de reingresos en hospitales (Montalto, 1996; Gideon, *et al.*, 1999). Un gran número de factores explican esa mayor satisfacción de los pacientes y familiares con el tratamiento en casa. Los pacientes cuando están en sus propias casas no pierden el contacto con el entorno de sus familias, se favorece la intimidad de los mismos, su descanso se interrumpe con menos asiduidad, y pueden comer su propia comida (Cruse y Foord, 1980). La asistencia a domicilio puede además mejorar los resultados del propio hospital vía algunos indicadores importantes como pueden ser el tiempo de respuesta hacia el paciente, el éxito de nuevos servicios o la propia innovación (Negro-Álvarez *et al.*, 2005).

Este trabajo analiza ciertas prácticas en gestión del conocimiento de las UHD en tres hospitales españoles (Gregorio Marañón, Virgen del Rocío y Virgen de la Arrixaca) a la hora de prestar asistencia a domicilio. De esta forma, mostramos algunas de los métodos y herramientas que las UHD utilizan para gestionar su propio conocimiento.

## EL MARCO CONCEPTUAL

En el actual sistema de salud, el conocimiento científico sobre la mejor manera de prestar asistencia no se pone en práctica ni inmediatamente ni sistemáticamente (Balas *et al.*, 2000). Se necesitan una media de diecisiete años para que un nuevo conocimiento generado a partir de ensayos controlados aleatoriamente se incorporen en la práctica e incluso después su puesta en marcha es altamente irregular (Balas *et al.*, 2000). Esta extremada variabilidad en la práctica en el área sanitaria, en la cual existe, sin embargo, unas dosis fortísimas de evidencia científica además de un altísimo grado de consenso entre expertos sobre las prácticas más eficientes, indica que este actual esfuerzo así, tan diseminado, impide que muchas de estas prácticas lleguen realmente a facultativos y pacientes. Además, las herramientas e incentivos para promover una adopción más rápida y sistemática parecen claramente insuficientes. Una investigación realizada por el servicio salud americano en 2003 indica que se logra una correcta implantación el 54.9 por ciento de las veces.

Por tanto, el reto no está únicamente en crear nuevo conocimiento, sino también en organizarlo de manera que esté accesible. En consecuencia, el desafío está en ser capaces de desarrollar un sistema que pueda establecer modos para acceder a ese conocimiento ya existente. Todo ello necesita de un conocimiento básico sobre cómo llegar a cabo esta tarea y, cuando ésta se realice, crear incentivos

adecuados que permitan compartir el conocimiento y que éste se difunda.

El aspecto esencial a tener en cuenta a la hora de identificar y compartir prácticas eficientes está en el aprendizaje y reutilización del conocimiento y en evitar las pérdidas del mismo. Sin embargo, mucho de este conocimiento eficiente es tácito, es decir, se encuentra en la mente de las personas y, a menudo, es bastante difícil de documentar. Como resultado, la gran mayoría de las actividades de gestión del conocimiento combinan dos elementos básicos: conocimiento explícito como puede ser el de una base de datos (que conecta fundamentalmente gente e información), y los métodos para compartir el conocimiento tácito como son las comunidades o grupos de práctica (que conectan a la gente unas con otras) (Nonaka y Takeuchi, 1995).

Como se puede apreciar, estos dos elementos son complementarios. Una base de datos puede proporcionar suficiente información a un usuario potencial acerca de una práctica eficiente para localizarla y decidir si merece la pena o no aplicarla. No obstante, la mejor manera de compartir prácticas eficientes se da «en el propio trabajo» y de esta forma combinar las comunidades y grupos con contactos personales con aquellos que hayan utilizado las mismas prácticas. Así, Swee (2002) sugiere que diversos aspectos genéricos necesitan una especial atención:

**1** Las tecnologías de la información se mencionan frecuentemente como una potencial solución a la transferencia interna de conocimientos. La tecnología facilita la comunicación horizontal y lo hace de un modo fácil y simple para que así el personal pueda compartir y acceder a las bases de datos que contienen información y conocimiento.

**2** Aunque las tecnologías de la información en el sector sanitario suponen un utilísimo punto de partida, la gran mayoría de las organizaciones las encuentran esenciales para complementarlas con el conocimiento personal y la puesta en común de las prácticas más eficiente a través del cara a cara. Es aquí donde se halla el verdadero valor. No sólo ayudan al receptor a profundizar en el conocimiento explícito, sino que además proporcionan un beneficio doble como consecuencia del diálogo entre el que posee la práctica eficiente y el receptor que se enriquece con ambos tipos de conocimiento.

**3** La facilidad con la que las buenas prácticas surgen y se comparten depende fundamentalmente de la cultura de la organización. Si la cultura existente es de la de rechazar todo aquello «no inventado aquí», entonces las buenas prácticas se generarán y se difundirán más lentamente, puesto que cada

parte de la organización defenderá su propia manera de llevar y hacer las cosas más que aprender de, o de compartir con otros. En aquellas culturas donde generalmente se anima a la gente a buscar «donde sea» conocimientos y aprendizajes, las prácticas eficientes probablemente surgirán más y se diseminarán más rápidamente.

4] Finalmente, los líderes juegan un papel muy importante a la hora de establecer las condiciones ideales para facilitar la transmisión de conocimientos. Tienen una influencia clave sobre la cultura de las organizaciones y sobre el apoyo necesario en aquellas contingencias en las que el conocimiento se comparte. Los líderes han de saber generar la actitud necesaria en su personal como para poder entender que el conocimiento para solucionar los problemas organizativos y mejorar la eficacia de la organización, puede localizarse en cualquier nivel de la organización y no exclusivamente en los niveles más altos de la jerarquía.

## METODOLOGÍA

Un diseño de tipo cualitativo ha sido utilizado para mostrar con qué herramientas y métodos cuentan las UHDs para poder gestionar su conocimiento (Parahoo, 2006). Hemos analizado las opiniones sobre el papel primordial que tiene el conocimiento y su gestión en estas unidades sanitarias. El objetivo era recabar la percepción de los agentes clave implicados en el trabajo del día a día de las UHDs dentro de hospitales de referencia en sus ámbitos regionales.

La investigación fue realizada en la primavera de 2009 en tres hospitales con capacidades de más de 1400 camas. Los hospitales, aunque con cierta antigüedad, se consideran adaptados y operan siguiendo los estándares de calidad internacionales, y son el resultado de un intensísimo esfuerzo de continua planificación y readaptación, con esfuerzo denodado y con una dedicación y esfuerzo institucional importante por parte de las autoridades de los sistemas regionales de salud. Lo que atañe a todos los servicios médicos necesarios, incluyendo toda clase de cirugías traumatológicas, hospital infantil, hospital de la mujer, laboratorio central y hospital general de todas las especialidades. Coordina toda clase de tratamientos, incluyendo atención psicológica y social; proporciona todos los servicios, desde la tramitación de ingresos, urgencias y altas hasta los tratamientos alternativos como atención domiciliar y cuidados paliativos. Todas las UHD se establecieron hace bastantes años siendo casi todas de las pioneras a nivel nacional, siendo en alguno de los casos, una de las pocas existentes en toda la región.

Las UHDs de estos hospitales fueron seleccionadas por dos razones fundamentalmente. Por un lado, a pesar de que los pacientes revelaban altos niveles de satisfacción con el servicio las verdaderas causas de ello no eran conocidas; en este sentido, en marzo de 2000 uno de los hospitales realizó una encuesta para determinar la satisfacción de los pacientes con la UHD del hospital. Esta encuesta entre 279 pacientes reveló que los niveles de satisfacción seguían incrementándose, sin tener una idea muy clara de cuáles eran específicamente las causas. Por otro lado, las UHD son una plataforma ideal para el aprendizaje, puesto que dos o más individuos (ej. Pacientes, cuidadores, médicos, enfermeros) trabajan juntos utilizando diferentes recursos y capacidades complementarias, que se convierten en auténticos factores facilitadores del aprendizaje (Fenwick, 2007). En la práctica, esto se traduce en qué se genera la necesidad de que el conocimiento ha de estar disponible para todos los miembros de las UHD, aún más, este conocimiento está directamente orientado al paciente en forma de mapas conceptuales que se regeneran y se reutilizan continuamente.

Por tanto, las UHD de estos hospitales son lugares más que apropiados para la investigación acerca de prácticas de gestión del conocimiento y el impacto que éstas tienen cuando el conocimiento se transmite por la unidad. Esto se debe fundamentalmente a que estas unidades proporcionan continuas situaciones de interacción cara a cara permitiendo un continuo intercambio de información contextualizada, que por su propia naturaleza es tácita y por ello tremendamente difícil de imitar o replicar.

Los detalles sobre la naturaleza y objetivos del estudio se enviaron a los potenciales participantes mediante invitación por escrito en la que se manifestaba el interés en su presencia. Se garantizó la confidencialidad a los participantes de los contenidos revelados en cada una de las entrevistas, y en la recogida, tabulación y archivo de los datos. También se garantizó el anonimato y la confidencialidad a la hora de presentar los resultados. Los nueve participantes incluían a los responsables médicos, de enfermería, y coordinadores de las UHD de cada uno de los hospitales.

## Contexto y recogida de datos

Aunque del estudio se extrae como primera conclusión la singularidad de cada uno de los hospitales, localizados en tres CCAA distintas y determinada por el propio marco institucional de cada una de ellas. Intentaremos hacer un modelo común que sitúe algunos elementos comunes a las UHD españolas, o

al menos a las de estos tres hospitales. Ya que como hemos indicado, la singularidad de la UHD es una de sus principales características.

Los profesionales de las UHD de cada uno de los hospitales ofrecen un servicio muy valorado y con alta dedicación; utilizan el domicilio de los pacientes como lugar de tratamiento y los propios familiares colaboran en los cuidados de los mismos. Los criterios para seleccionar a los pacientes incluyen (entre otras y dependiendo de cada unidad) que la condición médica sea estable como para ser tratada en casa sin intervenciones urgentes inesperadas, la disponibilidad de un cuidador para el domicilio, unas condiciones mínimas del domicilio, teléfono en el domicilio y consentimiento del paciente. Una vez seleccionados, los pacientes son visitados y se le administra incluso medicación intravenosa por el equipo de enfermería de la UHD. Cada enfermo recibe un plan de emergencia por escrito con un servicio de apoyo telefónico las 24 horas, este apoyo se lo proporcionan el responsable médico y de enfermería de la unidad. El equipo médico de las UHD (formado casi siempre por especialistas en medicina interna) lleva a cabo el seguimiento médico con el paciente en su casa, con itinerarios marcados para cada día. En las ocasiones en que finaliza el tratamiento, el enfermo, que ha mantenido el estatus de ingresado mientras está siendo atendido en la UHD, recibe el alta o es derivado al centro de salud de la zona.

Antes de llevar a cabo el estudio se mantuvo una sesión inicial de una hora con los coordinadores de las UHD para comprender lo que entendían ellos por gestión del conocimiento. Todos mencionaron aspectos tales como: identificación de necesidades de información, captación de información, organización y archivo de información, distribución y uso de información, además de comunicación interna y servicios de apoyo, y específicamente mencionaron dos amplias categorías (internet y sistemas de trabajo en grupo). De esta sesión inicial queríamos conocer también de qué manera la gestión del conocimiento les ayudaba a reducir los errores y en definitiva a mejorar la atención del paciente. Todos mencionaron que la gestión del conocimiento está íntimamente relacionada con la reducción de errores médicos al permitir que la información médica disponible esté disponible para el personal médico en el lugar donde se toma la decisión, que es «cuando ellos están con los pacientes».

Para poder analizar las prácticas de gestión del conocimiento y su incidencia en la transferencia del mismo en las UHD, una sesión de entrevistas por día fue mantenida en cada uno de los hospitales a los que pertenecen las UHD. Se dividió a los participan-

tes en tres categorías: coordinador de la UHD, responsable médico del hospital y responsable de enfermería del mismo hospital. Las entrevistas fueron semiestructuradas y sin duración determinada, se partió de cuestiones más genéricas y generales que de aspectos específicos. La duración de las entrevistas osciló entre 50-80 minutos. Los responsables o directivos médicos y de enfermería, roles clave de cualquier hospital, se centraron en aspectos tales como la necesidad de mejorar el servicio, la calidad, y controlar los costes; tres objetivos que tienen implicaciones importantes en el papel de las UHD. Todas las entrevistas se condujeron con la presencia de al menos 2 investigadores. Las entrevistas fueron grabadas; se tomaron notas durante y tras cada una de las entrevistas y además fueron transcritas literalmente.

### Análisis de datos ↓

Las transcripciones de las entrevistas fueron revisadas, leídas detenidamente y escuchadas repetidamente para poder ser capaces de hacer una idea global de la situación. Se llevó a cabo un análisis de contenido por fases tal y como indica Krippendorff (1980, 2004). Se utilizó el software AtlasTI para la manipulación y análisis de los datos. Se identificaron cuatro temas a partir de los datos que fueron: (1) infraestructuras tecnológicas; (2) la gente que participan y llevan a cabo los procesos; (3) sistemas que fomenten y recompensen el compartir información; (4) y un líder o coordinador de la unidad. Estos aspectos y sus elementos se presentan en la figura 1. Siguiendo a Granaheim y Lundman (2004) la credibilidad, independencia y transferencia del estudio han sido adecuadamente consideradas para lograr medidas cualitativas válidas y fiables en nuestra investigación.

## RESULTADOS: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN LAS UHD ↓

### Infraestructuras tecnológicas ↓

En las entrevistas, queríamos conocer cómo las UHD percibían sus infraestructuras tecnológicas. Los participantes nos indicaron que: «constituyen un conocimiento básico que les permite un fácil acceso a la información que de otra manera requeriría contactar con personal de otro hospital». Las infraestructuras tecnológicas de las UHD se han originado alrededor de la red interna de cada hospital, que lleva a cabo dos zonas fundamentales: 1) una red inteligente de la propia unidad que maneja el equipo de la UHD, cuyo acceso está protegido por contraseña y que es el lugar donde se comparte la información

y 2) el centro de datos del propio hospital donde se distribuye y coordina la información de tipo general.

Estas redes han permitido simplificar la organización de los hospitales y descentralizar muchas de sus operaciones. La intranet está disponible dentro del hospital. Este dispositivo favorece la eficiencia, el poder centrarse en la atención personalizada del paciente, facilita la existencia de proyectos multidisciplinarios, la relación entre calidad, resultados y las actividades de promoción de la salud mediante una base de datos común y abierta a todos. Un diseño amigable facilita que haya cada vez más iniciativas para «colgar en la intranet» cada vez más datos e información. De hecho, una enfermera en una entrevista nos indicó «... que el motivo más importante que le lleva a utilizar la red interna es que es más fácil encontrar la información y que genera importantes ahorros de tiempo».

Los ordenadores portátiles permiten a los médicos tener la información del paciente en la propia casa del mismo. «Tener esa información disponible contribuye a la mejora de la atención del paciente tanto directa como indirectamente», nos dice un médico internista «ya que podemos tomar decisiones con la información actualizada al momento, gracias a la historia clínica actualizada». Aún más, una enfermera nos indicó que los ordenadores portátiles son «una solución que reduce el tiempo empleado en acceder manualmente a los historiales de los pacientes ahorrando muchas horas por semana, y dejando tiempo libre a los médicos para poder centrarse en su funciones primordiales como son el diagnóstico y el tratamiento».

Quisimos conocer además qué tipo de archivos contenían su infraestructura tecnológica (red interna). De las entrevistas obtuvimos que la información disponible a través del sistema iba desde un resultado de laboratorio, a un informe de microbiología, a medicamentos, alergias del paciente, evolución del paciente y otros informes clínicos, además de datos sociodemográficos y administrativos. Más aún, los archivos enviados para ser incluidos en la base de datos abarcaban cuestiones clave de la mejora de la calidad, que pueden incluir algunos o todos de los siguientes datos: datos del paciente, las diversas especialidades que han intervenido en el tratamiento del paciente, la planificación del tratamiento, los resultados, y las conclusiones (lecciones o experiencias extraídas del caso clínico).

Finalmente, el aspecto que más diferencia a esta herramienta de otros productos y que proporciona el mayor valor añadido, según se extrae de las entrevistas, es la conectividad. Si un médico busca un medicamento en la red, aparece un enlace que

le lleva hasta él, y que por ejemplo nos puede decir que hay un problema con su administración. Esta posibilidad de conectividad reflejan el modo asociativo en el que las mentes de los médicos se mueven a través de un proceso analítico, y además elimina la necesidad de ir saltando de un programa a otro.

### El personal que participa y lleva a cabo los procesos ↓

En nuestras entrevistas, se pidió a los participantes que nos contasen como gestionaban ellos mismos el conocimiento en sus unidades. Si eran necesarios cambios para implantar programas de gestión del conocimiento o si la gestión del conocimiento podía implantarse en su hospital en cualquier momento. Todos los entrevistados estuvieron de acuerdo en la necesidad de que el conocimiento se transmitiese adecuadamente. Entre los requisitos para ello se incluían la mejora de la transparencia respecto a la habilidad del personal, su cualificación y su capacidad, y la formación requerida, además del potencial para identificar las cambiantes necesidades de recursos en otras áreas del hospital. Las principales dificultades se encontraban en la confección de un conjunto básico de competencias que fuesen relevantes para acometer los procesos de la unidad, para así minimizar el esfuerzo que hacía el equipo de la UHD para tener actualizados los perfiles de sus pacientes.

Según el contenido de las entrevistas, otro factor importante a tener en cuenta en la UHD son las características del conocimiento que el sujeto transfiere, las del sujeto que recibe el conocimiento y del contexto en que la transferencia de conocimiento se lleva a cabo. En las entrevistas, un médico nos comentó que «algunas veces, la falta de motivación de un paciente puede dar lugar a una pobre transferencia de conocimiento». «Cuando esto sucede, su primera reacción fue contactar con alguien del entorno del paciente» dice el médico. En este sentido, un entrevistado apuntó a la necesidad de llevar a cabo formación en creatividad y experimentación como contrapunto a la actividad excesivamente formalizada de los hospitales, y que: «las UHD intentaban prestar mucha atención a la relación entre el que da del conocimiento y el que lo recibe». De hecho, nos sugirieron que, si por ejemplo, la relación era distante y falta de comunicación, la transferencia de conocimiento era menos probable que se diese.

### Un sistema que fomente y recompense compartir información ↓

Este factor puede dividirse en tres áreas: formación y desarrollo de habilidades, incentivos y recompensas,

y diseño organizativo. Un participante nos apuntó que las propuestas de formación en tecnologías se ven como aspectos en común con la actividad formal del hospital. Una enfermera añadió que el objetivo de este tipo de formación era proporcionar al personal del hospital con las capacidades necesarias como para poder usar eficazmente las infraestructuras tecnológicas. Sin embargo, algunos de los entrevistados sugirieron que «también necesitarían de cursos de formación en habilidades diseñados específicamente para el equipo de la UHD que les facilitasen su trabajo diario». Así, nos indicaron que podría ser conveniente algún tipo de formación en resolución de problemas y trabajo en equipo.

Por otro lado, también se apuntó que el compartir información para resolver problemas y considerar valores como el de mejorar la atención del paciente deberían concretarse necesariamente en resultados tangibles. En este sentido, los coordinadores de las UHD sugerían que el hospital debería ofrecer incentivos materiales a este tipo de comportamientos y con ello reforzarían tanto la cultura como las conductas necesarias para una transferencia de conocimientos eficaz. Algún responsable médico señaló que ciertos aspectos de la organización del hospital deberían considerarse en esta línea. Así, por ejemplo, el hospital podría crear un modo que incentivase a los equipos de trabajo o a los equipos de especialistas interdepartamentales. Además, los límites entre los grupos de trabajo tendrían que poder ser rebasados sin ningún tipo de traba de la jerarquía, restricciones o diseños excesivamente formalizados.

### El coordinador de la unidad ↓

Nuestro estudio de las UHD también nos indica que el estilo de liderazgo y las conductas del grupo de enfermería y el grupo médico son un factor muy importante para el éxito a la hora de compartir conocimiento. Los coordinadores indicaban que una de las maneras de incentivar las transferencias de conocimientos fue generar una cultura de identificación y resolución de problemas dentro de la unidad. Al hacer esto, se animaba a todos los miembros de la unidad a adoptar una mentalidad de aprendizaje y mejora continuos. En esta mentalidad radica uno de los valores más importantes para un hospital que culmina con la atención del paciente. En este sentido, uno de los directores médicos señalaba que «el sistema de salud actual está más centrado en los procesos que en el paciente, es un modelo que crea mucha discontinuidad en la atención desde el punto de vista del paciente». Tener esto en cuenta nos supone que el hecho de compartir conocimientos podría fomentarse alrededor de cada uno de los valores importantes del sistema.

Esto nos configura un modelo que nos debe llevar al proceso de atención del paciente a lo largo de toda su vida. El coordinador de la unidad indicó que la selección de pacientes y la asignación de responsabilidad eran de vital importancia en este sentido.

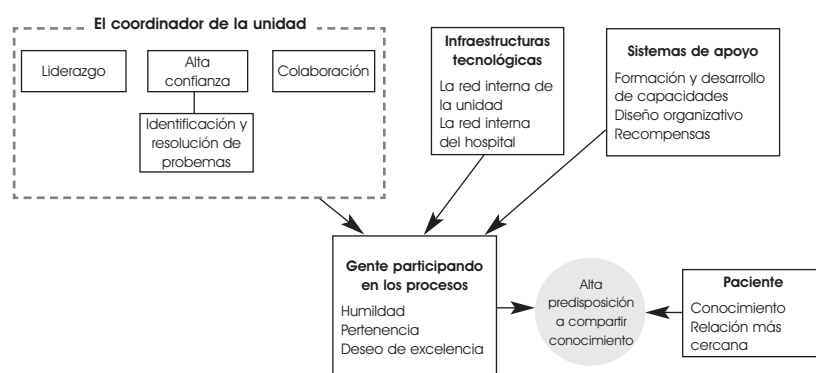
Otro aspecto importante a considerar se refiere al tipo de conclusiones que pueden extraerse cuando alguien trabaja con los pacientes en sus propias casas. «En muchas ocasiones se producen problemas durante los traslados de pacientes desde el hospital a sus domicilios» nos comenta un doctor. «Surgen muchos malentendidos como consecuencia de estos traslados». Todos los coordinadores de las UHD entrevistadas nos señalan que mucho del conocimiento espontáneo que surge y que muchas de las prácticas de gestión surgen como consecuencia de situaciones con pacientes atendidos en la UHD, sobre todo para el caso de protocolos con bajos niveles de formalización.

Los propios coordinadores añaden que algunas de las prácticas aprendidas con un determinado paciente son rápidamente y fácilmente transferibles a otros pacientes similares. Ejemplos de estas prácticas o lecciones aprendidas incluyen tutorización, trabajo en equipo, foros de discusión, páginas web personales, y oportunidades para conversaciones cara a cara como pueden ser los grupos de debate o las reflexiones personales sobre experiencias o lecciones aprendidas.

### CONCLUSIONES ↓

La principal aportación de este estudio reside en el modelo que desarrollamos. El modelo que se muestra en la figura 1 integra los factores clave comentados en el apartado dedicado al marco conceptual que nos pueden llevar a una transferencia de conocimientos más eficaz dentro de las UHD. Como se recoge en la citada figura, el contexto en el que los profesionales son capaces de aprender a partir de las necesidades de los pacientes, se concreta y basa en cuatro aspectos fundamentales: (1) la infraestructuras tecnológicas; (2) la gente que participa y lleva a cabo los procesos; (3) un sistema que fomenta e incentive el uso y transferencia de conocimientos; y (4) el coordinador de la unidad. Aunque algunos aspectos externos como el tipo de dolencia del paciente son los principales vehículos para el aprendizaje de nuevas reglas o procesos, los procedimientos internos que solventan las necesidades del paciente y del cuidador son los principales factores para provocar la participación activa y voluntaria de los profesionales.

Como nos muestra la figura 1, en un intento de facilitar la transferencia de conocimientos, se debe



**FIGURA 1**  
UN MODELO PARA GESTIONAR EL CONOCIMIENTO POR PARTE DE LAS UHD

FUENTE:  
Elaboración propia.

prestar un énfasis especial sobre el coordinador de la unidad, las infraestructuras tecnológicas y la comunicación sobre el rol del personal sanitario. El desarrollo de estos elementos es crucial, teniendo un papel estratégico para cualquier UHD. Ofrece unos beneficios muy claros sobre cómo el conocimiento se aplica correctamente a los problemas de la asistencia a domicilio con rapidez y eficiencia, lo que necesariamente genera productividad, unos procesos más racionales, fomenta la innovación, incrementa la eficacia de la unidad y asegura un alto nivel de competitividad (Stefl, 2002; Brakensiek, 2002).

Desde el punto de vista del paciente, la transferencia de información científica y personal facilitará el entendimiento entre pacientes y facultativos sobre el contenido de los historiales clínicos y las opciones para futuras intervenciones, que les permitirá sentirse más cómodos y con una menor ansiedad. Bajo este modelo, el paciente es el origen de los controles en contraposición a los servicios prestados en el hospital, donde los profesionales médicos determinan el tiempo, el lugar y el tipo de tratamiento a aplicar. Por todo ello, los estudios sugieren que los pacientes perciben no únicamente los beneficios médicos del uso de las prácticas de gestión del conocimiento, sino también los beneficios personales como pueden ser la reducción de la ansiedad y de los sentimientos de soledad o una atención mucho más personalizada (Drake y Bethan, 2006).

También, al combinar conocimiento científico con las experiencias personales de pacientes y cuidadores, las UHD pueden acceder a un valiosísimo conocimiento, además de obtener un modo de mejorar la atención a los pacientes. Estos resultados se apoyan en la idea de que las organizaciones sanitarias necesitan ser tremendamente eficaces a la hora de recabar y analizar información clínica y del entorno, para poder presentarla y organizarla de forma que se conviertan en conocimiento útil para la toma de decisiones.

La segunda de nuestras aportaciones es la de ser capaces de ayudar en la identificación de las características esenciales que debe tener un programa de gestión del conocimiento, dando pistas sobre los aspectos más relevantes en estos sistemas, estableciendo líneas de acción genéricas, difundiendo información básica, y utilizando expertos en la materia para adaptar y aplicar estos sistemas al contexto de las UHD. Nuestros resultados se apoyan en la idea de que los programas de gestión del conocimiento necesitan ser impulsados activamente, sino pueden correr el riesgo de acabar reconvertidos en meras bases de datos con gente que las utiliza por debajo de su potencial.

Los resultados también nos sugieren que debemos resistir la tentación de centrarnos únicamente en el conocimiento explícito (no podemos hacerlo a menos que veamos que las bases de datos de las prácticas más eficaces son totalmente insuficientes). Las bases de datos nos proporcionan ejemplos y personas, pero es precisamente a través de la gente como el conocimiento se transfiere. Por ello, los coordinadores de las UHD necesitan reforzar el contexto en el que los profesionales, los pacientes y cuidadores actúan proporcionándoles los medios necesarios para poder sobrevivir en una economía muy competitiva basada en el conocimiento. Además, el coordinador de la UHD juega un papel fundamental en la identificación de aquellas prácticas especialmente innovadoras o que satisfacen necesidades muy específicas del paciente, y también a la hora de fomentar a los miembros de su unidad para que comportan sus experiencias para que así otros puedan beneficiarse de la aplicación o la adaptación de ideas originales que se adaptan a sus propias circunstancias.

Por lo tanto, nuestros resultados indican que las UHDs necesitan de profesionales de la salud que cooperen y se comuniquen unos con otros. Esto incluye una gestión de la propia unidad, de su personal sanitario y todo aquel personal que presta atención al

paciente. A través de la cooperación y la comunicación, podremos conseguir que el cuidado más personalizado posible pueda llegar a ser la norma. Este enfoque es compartido por algunos otros autores (ej. Stefl, 2002; Brakensiek, 2002), quienes afirman que el futuro conocimiento médico y científico será el que salga de aquellos facultativos que comparten sus conocimientos unos con otros dentro y fuera de los límites de su organización.

El estudio tiene algunas limitaciones. Cualquier organización sanitaria que desee implantar un programa de gestión del conocimiento debe entender que el origen de su valor está en sus pacientes. Sin embargo, la respuesta a este tema es compleja, ya que las diferencias de valor que los pacientes tienen son intangibles y presentan elementos muy heterogéneos. Además, la gestión de estos elementos será diferente, dependiendo del tipo de especialidad y de la estructura y estrategia de la unidad. Por tanto, puede que existan otros factores que no se han incluido en este estudio que probablemente afecten cualquier transferencia de conocimientos. Además, al llevar a cabo un estudio de casos en solo tres unidades debe considerarse como un anticipo de un estudio más en profundidad. Debe entenderse, por tanto, nuestro estudio como algo más de tipo exploratorio o un estudio piloto donde se han identificado distintos temas más que testar ninguna clase de hipótesis.

Asumiendo estas limitaciones, futuras investigaciones y estudios deberían considerar el poder ampliar el número de indicadores y medidas identificando medidas comunes para pacientes, personal sanitario, personal de administración y directivos. Otra posible línea futura podría examinar cómo paciente y sanitario pueden contribuir a la transferencia de conocimiento. Por ejemplo, los pacientes pueden proporcionar información sobre aspectos de tecnologías y de estandarización de procesos. Los sanitarios pueden identificar problemas que hayan experimentado utilizando las tecnologías de las que disponen, además de las posibles soluciones a los mismos. Finalmente, futuros estudios de tipo cuantitativo pueden ayudar a la mejora de la rigurosidad y complementar nuestros resultados.

**(\*) Este trabajo ha sido financiado por el proyecto «Dirección estratégica del conocimiento en el sector sanitario: Aplicación práctica a unidades de hospitalización a domicilio» (Ministerio de Ciencia e Innovación, ECO 2008-0641-C02-02)**

## BIBLIOGRAFÍA

BALAS, E., BOREN, A. y BOREN, S. (2000): Managing clinical knowledge for health care improvement, Yearbook of Medical Informatics, National Library of Medicine, Bethesda, MD.

- BRAKENSIEK, J.C. (2002): Knowledge management for EHS professionals. *Occupational Health & Safety*, 71(1), 72-74.
- BROWN, R.B. (1993): Selecting the patient. *Hospital Practice*, 28(1), 11-15.
- BUENO, E. (1999): *Gestión del conocimiento y capital intelectual: Experiencias en España*, Comunidad de Madrid-IU Euroforum Escorial Madrid.
- BUENO, E. (2002): «Dirección estratégica basada n conocimiento: Teoría y práctica de la nueva perspectiva», en Morcillo, P.; Fernández-Aguado, J. (coord.): *Nuevas claves para la dirección estratégica*, Editorial Ariel.
- BARCELONA.CARR-HILL, R. (1992): The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*, 14(3), 236-249.
- CLEARY, P., EDGMAN-LEVITAN, S. y ROBERTS, M. (1991): Patients evaluate their hospital care. *Health Affairs*, 10, 254-267.
- CRUSE, P.J. y FOORD, R. (1980): The epidemiology of wound infection: a 10-year prospective study of 62, 939 wounds. *Surgical Clinics of North America*, 60(1), 27-40.
- DRAKE, P.R. y BETHAN, M.D. (2006): Home care outsourcing strategy. *Journal of Health Organisation and Management*, 20(3), 175-193.
- GIDEON A.C., WARD, J.A., BRENNAN, N.J., COCONIS, J., BOARD, N. y BROWN, A. (1999): Hospital in the home: a randomised controlled trial. *The Medical Journal of Australia*, 170, 156-160.
- GRANAHEIM, U.H. y LUDMAN, B. (2004): Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- FENWICK, T. (2007) Knowledge workers in the in-between: network identities. *Journal of Organizational Change Management*, 20(4), 509-524.
- KRIPPENDORFF, K. (1980): *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*. Newbury Park, CA: Sage.
- KRIPPENDORFF, K. (2004): *Content analysis: An introduction to its methodology (2nd ed.)*: Thousand Oaks, CA: Sage
- McGLYNN, E.A., ASCH, S.M., y ADAMS, J. (2003): The quality of health care delivered to adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 348(26), 2635-2645.
- MONTALTO, M. (1996): Patients' and careers' satisfaction with Hospital-in-the-Home Care. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(3), 243-251.
- NEGRO-ÁLVAREZ, J.M., JIMÉNEZ-MOLINA, J.L., RÓDENAS-CHECA, J., MURCIA-ALEMÁN, T., APARICIO-GARCÍA, C., LÓPEZ SÁNCHEZ, J.D. HERNÁNDEZ-GARCÍA, J. y FERRÁNDIZ-GOMI R. (2005): Los costes de un paciente ingresado en la Unidad de Hospitalización de Alergología de un hospital universitario. *Alergología Inmunológica Clínica*, 20, 97-104.
- NONAKA, H. y TAKEUCHI (1995): *The Knowledge Creating Company*, New York: Oxford University Press.
- PARAHO, K. (2006): *Nursing Research: Principles, Processes and Issues (2nd edition)*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- PAVIA, L. (2001): The era of knowledge in health care. *Health Care Strategic Management*, 19(2), 12-13.
- PLANAS-MIRET, I., TUR-PRATS, A. y PUIG-JUNOY, J. (2005): Spanish health benefits for services of curative care. *The European Journal of Health Economics*, 6(1), 66-72.
- REDDY, W. y MCCARTHY, S. (2006): Sharing best practice. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(7), 594-598.
- RODRÍGUEZ BENAVIDES, C.; MINGUELA RATA, B.; LÓPEZ SÁNCHEZ, J.I. (2008): Transferencia de conocimiento en la creación y en el funcionamiento de los sistemas de franquicia: Un estudio empírico. *Economía Industrial*, 368, 227-237.
- STEFFL, M.E. (2002): Introduction: the drivers of change. *Frontiers of Health Services Management*, 18(2), 3-7.
- SWEE C.G. (2002): Managing effective knowledge transfer: an integrative framework and some practice implications. *Journal of Knowledge Management*, 6(1), 23-30.