



**Modelo integral de gestión del conocimiento para optimizar la atención
domiciliaria en IPS Cuidado Seguro en Casa**

Deimer Domingo Avila Argote

Sandra Mireya Sanabria Novoa

Universidad Ean

Facultad de Ingeniería

Programa Maestría en Gerencia de Sistemas de Información y Proyectos

Tecnológicos

Bogotá D.C., Colombia

18/Abril/2026

**Modelo integral de gestión del conocimiento para optimizar la atención
domiciliaria en IPS Cuidado Seguro en Casa**

Deimer Domingo Avila Argote
Sandra Mireya Sanabria Novoa

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:

Magister en gerencia de sistemas de información y proyectos tecnológicos

Director (a):

Miguel Ángel Zúñiga Gutiérrez

Modalidad:

Artículo de Investigación

Universidad Ean

Facultad de Ingeniería

Maestría en Gerencia de Sistemas de Información y Proyectos Tecnológicos

Bogotá D.C., Colombia

18/Abril/2026

Nota de aceptación:

Firma del jurado

Firma del jurado

Firma del director del trabajo de grado

Bogotá D.C., día/mes/2026

Agradecimientos

A mi familia, por ser el pilar fundamental de mis ilusiones y objetivos. Sandra

A mis padres y empresa por apoyarme incondicionalmente durante todo el proceso
de mi carrera. Deimer

Queremos expresar nuestro agradecimiento especial a los colaboradores de la IPS
Cuidado Seguro en Casa por brindarnos la oportunidad de realizar este trabajo, compartir
sus experiencias, mostrar receptividad y apertura al cambio, contribuyendo así al
crecimiento corporativo.

Resumen

La gestión del conocimiento en el sector salud constituye un factor determinante para la eficiencia operativa, la calidad asistencial y la mejora de resultados clínicos. En Colombia, las organizaciones de atención domiciliaria enfrentan desafíos particulares derivados de la dispersión geográfica, la alta rotación de personal y la dependencia de mecanismos informales de transferencia de conocimiento, lo que compromete la trazabilidad y escalabilidad del saber organizacional.

La presente investigación tuvo como propósito diseñar un modelo integral de gestión del conocimiento para la IPS Cuidado Seguro en Casa, organización dedicada a la atención domiciliaria en cinco departamentos de la región Caribe colombiana. Se empleó un enfoque mixto con alcance descriptivo-propositivo, aplicando el instrumento KMAT (Knowledge Management Assessment Tool) a 150 colaboradores y realizando 11 entrevistas semiestructuradas a personal directivo, asistencial y operativo, cuyos datos fueron procesados mediante Jamovi y Atlas.ti respectivamente.

Los hallazgos cuantitativos evidenciaron puntuaciones satisfactorias en las cuatro dimensiones evaluadas —Liderazgo (M=4.37), Tecnología (M=4.36), Procesos (M=4.33) y Cultura (M=4.21)—, lo que refleja la existencia de capacidades organizacionales favorables. No obstante, el análisis cualitativo reveló que dichas capacidades operan de manera fragmentada y desarticulada, con una transferencia de conocimiento crítico que ocurre predominantemente mediante comunicación

verbal entre pares, generando vulnerabilidad ante la rotación de personal y limitando la permanencia del conocimiento institucional.

A partir de esta tensión entre capacidades existentes y ausencia de articulación formal, se diseñó un modelo integral estructurado en cuatro componentes interdependientes: Liderazgo Estratégico y Gobernanza, Cultura y Gestión de Personas, Tecnología e Infraestructura, y Procesos de Gestión del Conocimiento. El aporte diferencial del modelo radica en su contextualización específica para el ámbito de la atención domiciliaria en salud, articulando las dimensiones del KMAT con mecanismos concretos de conversión de conocimiento tácito en explícito, adaptados a una operación geográficamente dispersa y clínicamente diversa, en alineación con la NTC-ISO 30401:2019 y el CONPES 4069 de 2021.

Palabras clave: Gestión de conocimiento, Transferencia de conocimiento, Crecimiento Organizacional, Atención domiciliaria en salud, Calidad asistencial.

Abstract

Knowledge management in the healthcare sector is a determining factor for operational efficiency, quality of care, and improved clinical outcomes. In Colombia, home healthcare organizations face particular challenges arising from geographic dispersion, high staff turnover, and reliance on informal knowledge transfer mechanisms, which compromise the traceability and scalability of organizational knowledge.

This research aimed to design a comprehensive knowledge management model for IPS Cuidado Seguro en Casa, a home healthcare organization operating across five departments in Colombia's Caribbean region. A mixed-methods approach with a descriptive-propositional scope was employed, applying the Knowledge Management Assessment Tool (KMAT) to 150 employees and conducting 11 semi-structured interviews with managerial, clinical, and operational staff, with data processed through Jamovi and Atlas.ti respectively.

Quantitative findings revealed satisfactory scores across all four evaluated dimensions —Leadership (M=4.37), Technology (M=4.36), Processes (M=4.33), and Culture (M=4.21)—, reflecting the presence of favorable organizational capabilities. However, qualitative analysis revealed that these capabilities operate in a fragmented and disconnected manner, with critical knowledge transfer occurring predominantly through verbal peer-to-peer communication, creating vulnerability to staff turnover and limiting the retention of institutional knowledge.

Based on this tension between existing capabilities and the absence of formal articulation, a comprehensive model was designed, structured around four interdependent

components: Strategic Leadership and Governance, Culture and People Management, Technology and Infrastructure, and Knowledge Management Processes. The model's distinctive contribution lies in its specific contextualization for the home healthcare setting, articulating KMAT dimensions with concrete mechanisms for converting tacit knowledge into explicit knowledge, adapted to a geographically dispersed and clinically diverse operation, aligned with NTC-ISO 30401:2019 and CONPES 4069 of 2021.

Keywords: Knowledge Management, Knowledge Transfer, Organizational Growth, Home health care, Quality of care.

Introducción

La gestión del conocimiento (GC) en las organizaciones de salud se ha transformado en un pilar fundamental para garantizar la calidad y la eficiencia en la prestación de servicios complejos. Según (Pereira & Fernandes, 2025), la GC en entornos sanitarios no solo facilita la captura de información crítica, sino que permite una revisión sistemática de la literatura y las prácticas clínicas para optimizar los resultados en salud. Bajo esta perspectiva, el conocimiento se convierte en un activo estratégico que debe ser gestionado mediante modelos que integren de manera armónica las capacidades humanas con las herramientas digitales actuales (North, Maier, & Haas, 2018)

En el contexto específico de Colombia, la complejidad del sistema de salud exige que las instituciones desarrollen modelos de supervisión y control que aseguren la trazabilidad de la información y la mejora continua de sus procesos. Al respecto, (Rodríguez Páez, Cabrera Moya, & Herrera Cuartas, 2024), sostienen que la implementación de modelos de gestión del conocimiento en sistemas complejos es vital para articular los flujos de información entre los distintos actores, permitiendo una respuesta más ágil ante las demandas regulatorias y asistenciales del país.

No obstante, la atención domiciliaria presenta retos particulares debido a la descentralización del personal y la dificultad inherente para capturar el conocimiento tácito generado en el hogar del paciente. De acuerdo con (Pawlowski & Bick, 2012), la ausencia de marcos de trabajo globales para la gestión del conocimiento en entornos distribuidos

puede llevar a una fragmentación del saber institucional. En el caso de la IPS Cuidado Seguro en Casa, esta situación se manifiesta en una marcada dependencia de la comunicación verbal y en la falta de procesos formalizados para la transferencia de experiencias entre el personal asistencial y administrativo.

Esta investigación surge, por tanto, de la necesidad de dotar a la IPS de una estructura sólida que transforme el capital intelectual en ventajas competitivas sostenibles para la organización. Como afirma (Riesco González, 2006), el verdadero negocio de las instituciones modernas es el conocimiento, y su gestión efectiva es lo que permite el crecimiento corporativo a largo plazo. El objetivo general de la presente investigación consiste en diseñar un modelo integral de gestión del conocimiento para IPS Cuidado Seguro en Casa, enfocado en optimizar la captura, transferencia y aplicación del conocimiento crítico asistencial, con el fin de fortalecer la calidad del servicio y el crecimiento organizacional. Para su cumplimiento se plantean cuatro objetivos específicos: diagnosticar el estado actual de los procesos de gestión del conocimiento en la institución; identificar y adaptar las mejores prácticas de gestión del conocimiento aplicables al sector de atención domiciliaria en salud; diseñar los componentes estructurales, tecnológicos y culturales del modelo; y establecer mecanismos de medición y evaluación del impacto del modelo propuesto. En consecuencia, la pregunta de investigación que orienta el presente trabajo es: ¿Cómo debe estructurarse un modelo integral de gestión del conocimiento para IPS Cuidado Seguro en Casa que permita optimizar la captura, transferencia y aplicación del conocimiento crítico asistencial?

Marco teórico

En la sociedad actual, el conocimiento ha desplazado al capital y la mano de obra como el recurso económico más relevante. (Vega Muñoz, 2020) afirma que el conocimiento es el único recurso económico verdaderamente significativo en la Sociedad del Conocimiento, postura que comparte (Arboleda Posada, 2016) al destacar su valor estratégico. Las organizaciones que no desarrollan capacidades de aprendizaje enfrentan dificultades para funcionar como organizaciones basadas en el conocimiento, limitando su potencial de crecimiento.

El potencial de la gestión del conocimiento en el ámbito de la salud es particularmente significativo. La integración de estos procesos con la innovación digital está remodelando la atención médica, prometiendo mejores resultados para los pacientes y mayor eficiencia operativa. (Rodríguez Páez, Cabrera Moya, & Herrera Cuartas, 2024) enfatizan que la gestión adecuada del conocimiento es fundamental para la eficiencia en sistemas complejos, permitiendo la recopilación, almacenamiento y análisis de información para facilitar la toma de decisiones.

Historia de la gestión del conocimiento

La gestión del conocimiento ha sido una constante a lo largo de la historia de la humanidad, manifestándose en diversas prácticas a través de las generaciones. En la

época antigua existieron los ritos de las tribus africanas para transferir el conocimiento ancestral de generación en generación. De igual manera, los extensos periodos de construcción de obras tan importantes como las pirámides de Egipto o la Gran Muralla China, permitieron a lo largo del tiempo la transmisión del conocimiento entre los arquitectos y los ingenieros. (González Millán & Rodríguez Díaz, 2018)

El desarrollo histórico de los sistemas productivos ha impulsado la gestión del conocimiento. Este proceso comenzó con actividades primarias como la caza y recolección, utilizando instrumentos empíricos, y evolucionó hacia actividades agrícolas y extractivas que requerían conocimiento tácito. Posteriormente, se desarrollaron procesos industriales y finalmente se llegó a la producción basada en el conocimiento físico, concluyendo la llamada Era Física. (González Millán & Rodríguez Díaz, 2018)

En la etapa moderna, según (González Millán & Rodríguez Díaz, 2018), la gestión del conocimiento se ha vinculado al ámbito empresarial, integrando diversas disciplinas como la economía, la administración, los sistemas de información y la sociología del conocimiento.

En los últimos años, el concepto de gestión del conocimiento ha adquirido gran relevancia. Efectivamente, desde las primeras formulaciones establecidas por Peter Drucker (1993), la gestión del conocimiento se ha convertido en el entorno mismo donde tienen lugar las operaciones de negocios de las empresas y de las organizaciones en los países desarrollados, mientras que en los países subdesarrollados ha pasado a ser una innovadora herramienta para la mejora del desempeño. (González Millán & Rodríguez Díaz, 2018).

Modelos de gestión de conocimiento

Comprender los modelos de gestión del conocimiento desde diversas perspectivas es importante para implementar el modelo adecuado en la IPS Cuidado Seguro en Casa. Esto permitirá gestionar el conocimiento de manera eficiente, mejorando los procesos y generando valor para la organización. A continuación, presentamos algunos de los modelos más importantes.

Modelo de Knowledge Management Practices Consulting (KMPG)

Desarrollado por Tejedor y Aguirre en 1998, se centra en dos aspectos clave: los factores que condicionan el aprendizaje y los resultados esperados del aprendizaje. Este modelo busca definir los elementos que contribuyen al éxito del proceso de aprendizaje organizativo y aquellos que lo obstaculizan, con el objetivo de lograr una organización adaptable y flexible. (Tejedor & Aguirre, 1998).

Adicionalmente como mencionan (Alfaro Calderón & Alfaro García, 2012) una de sus características esenciales es una visión sistémica que permite una interacción de todos los elementos de gestión que afectan directamente la forma de ser de una organización: cultura, estilo de liderazgo, estrategia, estructura, gestión de las personas y sistemas de información y comunicación en la búsqueda de unos objetivos específicos y comunes, observando que éstos no son independientes, sino que están conectados entre sí.

Otro de los modelos más conocidos y aplicados que encontramos es el **Modelo de las cinco fases de Nonaka y Takeuchi**: Este modelo se centra en la conversión del conocimiento tácito en explícito y viceversa, a través de cuatro procesos: socialización, externalización, combinación e internalización.

En el que se distinguen dos tipos de conocimiento (tácito y explícito), y es el movimiento y el traslado de información entre uno y otro lo que explica la generación de conocimiento. El conocimiento tácito es aquel que físicamente no es palpable y el conocimiento explícito se refiere fundamentalmente a la representación mediante símbolos físicamente almacenables y transmisibles. El mecanismo dinámico y constante de relación existente entre el conocimiento tácito y el conocimiento explícito, se constituye como base del modelo. (Aguilera Luque, 2021).

Adicionalmente, el **Modelo del Knowledge Management Assessment Tool (KMAT)**, es una herramienta de evaluación y diagnóstico construida sobre la base del Modelo de Administración del Conocimiento Organizacional desarrollado por Arthur Andersen y APQC. Este modelo se basa en cuatro factores claves: liderazgo, cultura, tecnología y medición. (Riesco González, 2006)

El Liderazgo	La Cultura	La Tecnología	La Medición
Comprende la estrategia, la definición del negocio y la utilización del conocimiento	Refleja cómo la organización entiende y favorece el aprendizaje y la innovación. Incluye acciones que refuerzan el comportamiento abierto al cambio y al nuevo conocimiento.	Analiza cómo la organización prepara a las personas para una comunicación eficiente.	Incluye la medida del capital intelectual y la forma en que se distribuyen los recursos para potenciar el conocimiento valioso.

Ilustración 1. Factores claves Modelo del Knowledge Management Assessment Tool (KMAT)

Fuente: Elaboración propia

Adicionalmente, Las revisiones y mapeos bibliométricos más recientes indican que la gestión del conocimiento (GC) ha transitado desde modelos enfocados en repositorios y

codificación hacia enfoques orientados a capacidades organizacionales, innovación y desempeño, con especial énfasis en transformación digital, aprendizaje organizacional y ecosistemas (Idrees, Xu, Haider, & Tehseen, 2023).

(Ammirato, Linzalone, & Felicetti, 2020) definieron recientemente la gestión del conocimiento (GC) como el proceso integral de identificación, organización, transferencia y utilización de información y habilidades.

En los últimos años, han surgido nuevas teorías y enfoques en Gestión del Conocimiento (GC), desarrollados principalmente en las dos últimas décadas, que amplían los modelos clásicos y responden a contextos digitales, organizacionales y sociales más complejos.

En primer lugar, destaca la teoría de las capacidades dinámicas aplicadas a la gestión del conocimiento, la cual concibe el conocimiento como un recurso estratégico que debe ser continuamente creado, integrado y reconfigurado para responder a entornos cambiantes. Desde este enfoque, la GC no se limita al almacenamiento o transferencia, sino que se articula con la innovación, el aprendizaje organizacional y la ventaja competitiva sostenible. Autores como Teece y Easterby-Smith han vinculado la GC con la capacidad de las organizaciones para adaptarse, aprender y transformar sus rutinas, especialmente en contextos de alta incertidumbre y transformación digital (Teece, 2007) (Easterby Smith & Prieto, 2008).

Un segundo enfoque relevante es el de los ecosistemas y redes de conocimiento, que supera la visión organizacional cerrada y plantea que el conocimiento se crea y circula en redes interorganizacionales, comunidades de práctica, alianzas público-privadas y

entornos colaborativos digitales. Esta perspectiva reconoce el valor del conocimiento distribuido, social y relacional, y se apoya en teorías de capital intelectual, innovación abierta y aprendizaje social. En este marco, la gestión del conocimiento se orienta a facilitar conexiones, confianza, gobernanza y plataformas colaborativas más que a controlar la información (Chesbrough, 2011) (Pawlowski & Bick, 2012).

En los años recientes ha cobrado fuerza el enfoque de Gestión del Conocimiento basada en sistemas y estándares, especialmente a partir de la norma ISO 30401:2018, que concibe la GC como un sistema de gestión integrado a la estrategia, los procesos y la creación de valor. Este enfoque incorpora elementos como liderazgo, cultura, tecnología, medición y mejora continua, y ha sido ampliamente adoptado en el sector público y privado. De manera complementaria, emergen enfoques de GC digital e inteligente, que integran analítica de datos, inteligencia artificial y gestión del conocimiento organizacional para apoyar la toma de decisiones y la innovación basada en evidencia (North, Maier, & Haas, 2018).

Finalmente, al validar en el sector salud, la gestión de conocimiento se ha caracterizado por su alta complejidad, especialización profesional, regulación estricta y dependencia del conocimiento experto, la gestión de conocimiento adquiere una relevancia particular al incidir directamente en la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la eficiencia de los procesos clínicos y administrativos. (Muketo Mutua, Omieno, Kiget, & Bitok, 2024)

La literatura científica reciente coincide en que la gestión del conocimiento en organizaciones de salud no puede concebirse únicamente como un conjunto de sistemas de información o repositorios documentales. Por el contrario, se trata de un sistema sociotécnico que integra personas, procesos, cultura organizacional y tecnologías digitales

(Pereira & Fernandes, 2025). En particular, una revisión sistemática en el Journal of the Knowledge Economy subraya que la naturaleza fragmentada del conocimiento sanitario dificulta su gestión, y que el uso de herramientas y prácticas de Gestión de Conocimiento—incluyendo plataformas digitales, historias clínicas electrónicas y redes de práctica—contribuye a elevar la eficiencia y efectividad organizacional, así como a orientar futuras líneas de investigación en el campo. (Pereira & Fernandes, 2025).

En este sentido, resulta fundamental reconocer que la literatura más reciente plantea la necesidad de avanzar hacia modelos integrales de GC en salud, que incorporen explícitamente el contexto organizacional, el liderazgo, la cultura institucional y el uso estratégico de tecnologías digitales (Jakovljevic, Stoumpus, Talias, Ntais, & Kitsios, 2024). Dichos modelos deben permitir no solo la gestión del conocimiento clínico, sino también del conocimiento administrativo, logístico y estratégico, aspectos clave para la sostenibilidad y competitividad de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Herramientas de gestión de conocimiento

Contar con herramientas para la gestión del conocimiento nos permiten obtener, organizar y compartir la información dentro de la organización. Además, facilitan la creación de entornos colaborativos donde el conocimiento se encuentre disponible de manera fácil para todas las personas de la organización que requieran hacer uso de ella. A continuación, algunas de las herramientas que pueden apoyar el proceso son:

Mapas de conocimiento: Sirven para recoger tanto la relación de conocimientos disponibles en una empresa como aquellos que se hayan podido identificar como necesarios.

Los mapas de conocimiento pueden tener prestaciones muy diferentes. Los más simples se limitan a bases de datos, uno de cuyos campos se refiere a los conocimientos disponibles en la organización, otro a la actividad en la que se aplican, y otro u otros en los que se especifica quiénes son las personas de la empresa que disponen de dichos conocimientos. (Carballo, 2015).

Normativas aplicables

La normatividad es otro factor importante que se debe tener en cuenta para garantizar una implementación efectiva y alineada a las mejores prácticas, es por esto fundamental considerar las siguientes normas:

NTC-ISO 30401:2019: Establece requisitos y proporciona directrices para establecer, implementar, mantener, revisar y mejorar un sistema de gestión del conocimiento que les agregue valor mediante la adquisición, transferencia, retención y aplicación del conocimiento, para alcanzar los objetivos estratégicos. (Icontec, 2019).

CONPES 4069 de 2021: Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación. Tiene como objetivo, Incrementar la contribución de la CTI al desarrollo social, económico, ambiental, y sostenible, del país con un enfoque diferencial, territorial, y participativo, para contribuir a lograr los cambios culturales que promuevan una sociedad del conocimiento. (Minciencias, 2021)

Metodología

El presente estudio se centra en analizar la ausencia de un modelo integral para una gestión eficaz del conocimiento en la IPS Cuidado Seguro, un tema que ha adquirido creciente relevancia en el nivel directivo. En este sentido, resulta fundamental identificar los factores que permiten capturar, transferir y aplicar el conocimiento crítico, con el fin de aprovechar el conocimiento organizacional como un recurso estratégico.

Enfoque y alcance de la investigación

La investigación propuesta se desarrolló con un enfoque aplicado, se busca generar soluciones prácticas para mejorar la gestión del conocimiento en la IPS Cuidado Seguro en Casa. Su propósito es identificar y describir los elementos clave que influyen en la captura, transferencia y aplicación del conocimiento organizacional, con el fin de proponer estrategias que optimicen estos procesos. El alcance descriptivo-propositivo con elementos exploratorios, dado que se busca identificar y caracterizar los procesos actuales de gestión del conocimiento en IPS Cuidado Seguro en Casa, para posteriormente diseñar un modelo integral que optimice dichos procesos.

Se aplicó inicialmente un componente exploratorio, considerando que la gestión del conocimiento en el contexto específico de atención domiciliaria en salud en Colombia ha sido poco estudiado. Posteriormente, la fase descriptiva permitió caracterizar detalladamente los procesos, flujos de información y prácticas actuales de la organización.

Finalmente, el componente propositivo culminó con el diseño del modelo integral adaptado a las necesidades específicas de la institución.

Adicionalmente se adoptó un enfoque mixto, combinando técnicas cualitativas y herramientas cuantitativas (cualitativo y cuantitativo) basados en (Creswell & Plano Clark, 2017). La inferencia es deductiva, partiendo de teorías y modelos existentes sobre gestión del conocimiento para contrastarlos con la realidad de la IPS. Además, la investigación tuvo una temporalidad transversal, ya que se recolectaron los datos en un único momento del tiempo, permitiendo obtener una visión general del estado actual de la gestión del conocimiento en la organización.

Hipótesis de Investigación

En el marco del enfoque mixto descriptivo-propositivo adoptado en la presente investigación, se formuló la siguiente hipótesis de trabajo que orienta el análisis integral del fenómeno estudiado:

Los colaboradores de IPS Cuidado Seguro en Casa perciben la existencia de capacidades organizacionales favorables en las dimensiones de liderazgo, cultura, tecnología y procesos vinculadas a la gestión del conocimiento; sin embargo, dichas capacidades operan de manera fragmentada y desarticulada, debido a la ausencia de un modelo integral que permita su formalización y articulación sistemática. En consecuencia, el diseño de un modelo integral estructurado en componentes interdependientes constituye una respuesta pertinente y viable a esta brecha organizacional.

Variabes de la Hipótesis

Variable diagnóstica: Estado actual de la gestión del conocimiento en sus cuatro dimensiones (liderazgo, cultura, tecnología y procesos).

Variable propositiva: Modelo integral de gestión del conocimiento estructurado en cuatro componentes interdependientes.

Variable de validación: Viabilidad, pertinencia y aplicabilidad del modelo propuesto según juicio de experto.

Criterios de Aceptación o Rechazo de la Hipótesis

Los criterios de evaluación de la hipótesis se fundamentan en la triangulación metodológica del estudio, articulando las tres fuentes evidenciales del diseño mixto descriptivo-propositivo. La hipótesis se considerará aceptada si se cumplen las siguientes condiciones:

Primero, que el diagnóstico cuantitativo mediante el instrumento KMAT evidencie puntuaciones satisfactorias en las cuatro dimensiones evaluadas, confirmando la existencia de capacidades organizacionales favorables percibidas por los colaboradores.

Segundo, que el análisis cualitativo de las entrevistas revele la fragmentación y falta de articulación formal de dichas capacidades, confirmando la brecha identificada entre percepción favorable y gestión sistematizada.

Tercero, que la validación mediante juicio de experto confirme la pertinencia, viabilidad y aplicabilidad del modelo propuesto como respuesta estructurada a la brecha diagnosticada.

La hipótesis se considerará rechazada si el diagnóstico no evidencia capacidades organizacionales existentes, si no se identifica fragmentación en su articulación, o si el juicio experto determina que el modelo propuesto no resulta pertinente ni viable para el contexto organizacional.

Población y muestra

- **Población:** La población de estudio comprenderá los 1500 colaboradores de IPS Cuidado Seguro en Casa, distribuidos en las diferentes sedes regionales y áreas funcionales.
- **Muestra:** Se seleccionó una muestra de 150 colaboradores mediante un muestreo estratificado proporcional, lo que asegurará que todas las áreas y niveles jerárquicos de la organización estén representados adecuadamente. El cálculo del tamaño de muestra considerará un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.
- **Ficha técnica:**
 - Unidad de análisis: Colaboradores de IPS Cuidado Seguro en Casa
 - Ámbito geográfico: Sedes regionales en Bolívar, Atlántico, Córdoba, Magdalena y Sucre
 - Periodo de recolección de datos: 2 meses
 - Distribución muestral: Estratificada por área funcional, nivel jerárquico y sede regional
 - Para los procesos directivos se planteó un muestreo por conveniencia con enfoque en informantes clave.

Identificación de las variables

Las variables del estudio se organizaron en cuatro dimensiones principales, siguiendo el modelo KMAT (Knowledge Management Assessment Tool). Elegimos este modelo porque permite evaluar de manera integral los procesos de gestión del conocimiento en una organización. El KMAT ofrece un marco metodológico sólido que ayuda a identificar tanto

las fortalezas como las oportunidades de mejora, apoyando la toma de decisiones estratégicas. Además, es reconocido por su enfoque estructurado y sus indicadores precisos, que orientan eficazmente la implementación de iniciativas de gestión del conocimiento. Por tal motivo, el modelo fue adaptado para la IPS:

1. Variables de liderazgo:

- Compromiso directivo con la gestión del conocimiento
- Asignación de recursos para iniciativas de gestión del conocimiento
- Alineación de la gestión del conocimiento con la estrategia organizacional

2. Variables de cultura organizacional:

- Disposición para compartir conocimiento
- Incentivos para la transferencia de conocimiento
- Trabajo colaborativo y comunidades de práctica

3. Variables tecnológicas:

- Infraestructura tecnológica disponible
- Usabilidad de las herramientas de gestión de información
- Nivel de adopción de tecnologías de gestión del conocimiento

4. Variables de procesos:

- Formalización de procesos de captura de conocimiento
- Mecanismos de transferencia de conocimiento
- Aplicación del conocimiento en la mejora continua

Instrumentos

Para la recolección y análisis de la información se emplearon los siguientes instrumentos:

1. **Cuestionario estructurado:** Se diseñó un instrumento basado en el KMAT, adaptado al contexto de atención domiciliaria en salud, que midió las variables identificadas. Este cuestionario fue aplicado a la muestra seleccionada de colaboradores.
2. **Guías de entrevista semiestructurada:** Se desarrollaron protocolos de entrevista diferenciados para:
 - Personal directivo
 - Líderes de procesos asistenciales
 - Personal operativo clave
3. **Guía de observación estructurada:** Se diseñó un instrumento para observación y documentación de prácticas actuales de gestión del conocimiento en contextos operativos críticos.
4. **Matriz de análisis documental:** Se realizó la revisión de documentación interna (procedimientos, protocolos, manuales) y externa (literatura científica, casos de éxito).
5. **Software de análisis cualitativo y cuantitativo:** Se utilizaron herramientas como ATLAS.TI (Atlas ti, 2026) para análisis cualitativo y JAMOVI (Jamovi, 2025) para análisis cuantitativo, para procesar los datos obtenidos de los diferentes instrumentos.

Técnicas para el análisis de la información

Para el análisis de los datos, se utilizaron las herramientas JAMOVI para el análisis cuantitativo y ATLAS.TI para el análisis cualitativo, basándose en el modelo KMAT

(Knowledge Management Assessment Tool). Este modelo se aplicó a 150 colaboradores de IPS Cuidado Seguro en Casa. El análisis cuantitativo permitió diagnosticar el estado actual de la gestión del conocimiento en la organización y fundamentar el diseño del modelo integral propuesto.

Validación del Modelo por Juicio de Experto

Dado el carácter propositivo del estudio, el modelo integral diseñado fue sometido a validación mediante juicio de experto, técnica metodológica apropiada para evaluar la pertinencia, coherencia, suficiencia, claridad, viabilidad y aplicabilidad de propuestas previas a su implementación. Se seleccionó un experto con perfil pertinente al objeto de estudio, atendiendo criterios de formación académica de posgrado, experiencia profesional mínima de diez años en el sector salud y experticia demostrable en gobierno de datos, mejora de procesos y consultoría organizacional.

Para la validación se diseñaron dos instrumentos: un documento ejecutivo que sintetiza el contexto, el diagnóstico y los componentes del modelo, y un instrumento estructurado de evaluación que integra una escala Likert de cinco puntos aplicada a los seis criterios definidos, tanto en evaluación general como por componente, así como seis preguntas cualitativas abiertas y un dictamen final. Los resultados de la validación se presentan en el capítulo de Resultados.

Caracterización de la Muestra

La investigación contó con la participación de 150 colaboradores de IPS Cuidado Seguro en Casa, distribuidos en las diferentes sedes regionales y áreas funcionales. La muestra presenta las siguientes características demográficas:

Distribución por Área Funcional

La composición de la muestra refleja la naturaleza operativa de la organización, con una concentración significativa de personal asistencial:

Tabla 1

Distribución de colaboradores por área funcional

Área funcional	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Administrativa	7	4.7%	4.7%
Asistencial	140	93.3%	98.0%
Operativa	3	2.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recolectados mediante cuestionario estructurado (n=150).

Esta distribución es representativa de la estructura organizacional de la IPS, donde la mayor parte del personal se encuentra en funciones de atención directa al paciente.

Distribución Geográfica por Sede

Los participantes provienen de las sedes de la organización, ubicadas en cinco departamentos de la región Caribe colombiana:

Tabla 2

Distribución de colaboradores por sede

Sede donde labora	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Atlántico	12	8.0%	8.0%
Bolívar Centro	75	50.0%	58.0%
Bolívar Norte	14	9.3%	67.3%
Córdoba	22	14.7%	82.0%

Magdalena	9	6.0%	88.0%
Nivel Central	7	4.7%	92.7%
Sucre	11	7.3%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recolectados mediante cuestionario estructurado (n=150).

Perfil Educativo

El nivel de formación de los participantes muestra la siguiente distribución:

Tabla 3

Distribución de colaboradores por nivel educativo

Nivel educativo	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Especialización	4	2.7%	2.7%
Profesional	13	8.7%	11.3%
Tecnológico	10	6.7%	18.0%
Técnico	123	82.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recolectados mediante cuestionario estructurado (n=150).

La predominancia de personal técnico resulta acorde con las características propias del sector de atención domiciliaria en salud, el cual demanda auxiliares altamente preparados para asegurar una prestación eficiente de los servicios asistenciales.

Análisis de resultados cuantitativos

El análisis de los datos recopilados se realizó mediante estadística descriptiva e inferencial, utilizando Jamovi. Se calcularon medidas de tendencia central (media y mediana), dispersión (desviación estándar).

Escala de Medición

El instrumento utilizó una escala tipo Likert de 5 puntos, donde:

- 1 = Totalmente en desacuerdo
- 2 = En desacuerdo
- 3 = Neutral
- 4 = De acuerdo
- 5 = Totalmente de acuerdo

Para la interpretación de los resultados, se establecieron los siguientes rangos:

- 4.0 - 5.0: Nivel satisfactorio (color verde en gráficos)
- 3.0 - 3.9: Nivel aceptable (color naranja en gráficos)
- < 3.0: Nivel deficiente (requiere intervención prioritaria)

Análisis por Dimensión del Modelo KMAT

El análisis se estructuró en torno a las cuatro dimensiones fundamentales del modelo KMAT: Liderazgo, Cultura Organizacional, Tecnología y Procesos. A continuación, se presentan los hallazgos específicos para cada dimensión como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4

Estadísticas descriptivas por dimensión KMAT

Dimensión	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo
Tecnología	4.36	4.42	0.572	1.58	5.00
Procesos	4.33	4.31	0.599	1.56	5.00
Liderazgo	4.37	4.38	0.586	1.13	5.00

Cultura	4.21	4.25	0.598	1.75	5.00
----------------	------	------	-------	------	------

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recolectados mediante cuestionario estructurado (n=150).

Comparación de puntuaciones medias por dimensión KMAT

La ilustración 2 muestra la puntuación media de cada dimensión KMAT según el cuestionario aplicado. Se definieron tres niveles:

- 4.0 - 5.0: Nivel satisfactorio (color verde en gráficos)
- 3.0 - 3.9: Nivel aceptable (color naranja en gráficos)
- < 3.0: Nivel deficiente (requiere intervención prioritaria)

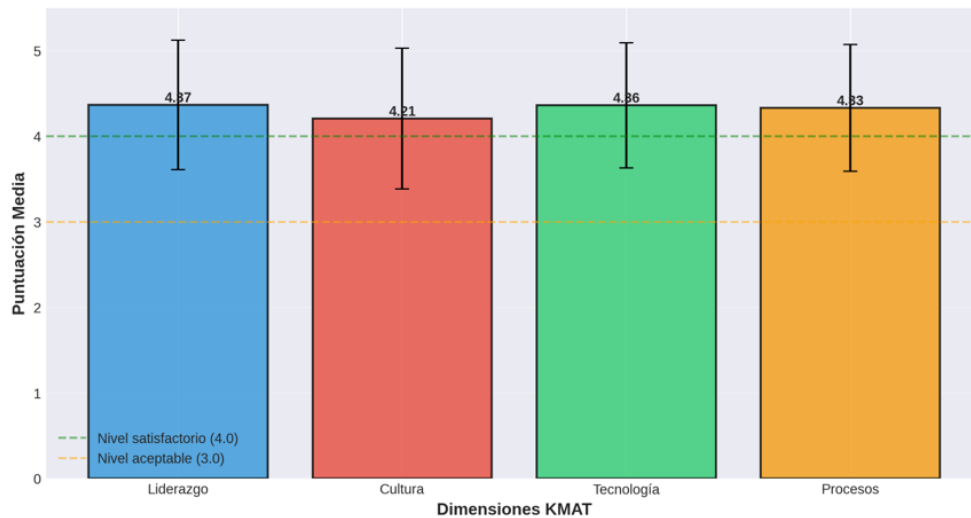


Ilustración 2. Evaluación de Gestión de Conocimiento por Dimensión KMAT IPS Cuidado en Casa

Fuente: Resultados de instrumento Cuestionario KMAT, Elaboración propia

- **Dimensión Liderazgo**

En la ilustración 2 evidenciamos que en la dimensión de Liderazgo obtuvo una puntuación media de 4.37 (DE=0.58), ubicándose en el nivel satisfactorio. Este resultado

indica que los colaboradores perciben un compromiso directivo sólido con la gestión del conocimiento organizacional.

Los aspectos mejor evaluados incluyen el reconocimiento de la gestión del conocimiento como prioridad estratégica y la promoción activa del intercambio de conocimientos entre áreas. Sin embargo, se identificaron oportunidades de mejora en la asignación de recursos específicos y en la formalización de políticas institucionales.

- **Dimensión Cultura Organizacional**

Para la dimensión de Cultura Organizacional podemos evidenciar en la ilustración 2, que se registró una media de 4.21 (DE=0.59), evidenciando un ambiente favorable para el intercambio de conocimientos. Los colaboradores manifiestan disposición para compartir conocimientos y valoran la confianza existente entre los miembros del equipo.

Se observa que la organización fomenta una cultura de aprendizaje continuo, aunque persisten áreas de mejora relacionadas con incentivos formales para el intercambio de conocimientos y la disponibilidad de tiempo dedicado específicamente a actividades colaborativas.

- **Dimensión Tecnología**

La ilustración 2 muestra que la dimensión Tecnológica obtuvo una puntuación de 4.36 (DE=0.57), lo que indica que la infraestructura tecnológica es bien valorada por quienes participaron. Además, reconocen que las herramientas disponibles les permiten acceder fácilmente a información crítica y apoyan el desempeño de sus funciones.

No obstante, los comentarios cualitativos señalan desafíos relacionados con la conectividad en zonas rurales y la necesidad de capacitación continua para optimizar el uso

de las plataformas disponibles. La usabilidad de los sistemas y la disponibilidad de soporte técnico fueron aspectos valorados positivamente.

- **Dimensión Procesos**

En lo que respecta a la dimensión de Procesos, la ilustración 2 muestra una media de 4.33 (DE=0.59), indicando que existen prácticas establecidas para la captura, transferencia y aplicación del conocimiento. Los colaboradores reconocen la existencia de procedimientos de inducción estructurados y actividades regulares de capacitación.

Las áreas que requieren fortalecimiento incluyen la documentación sistemática de mejores prácticas, el análisis de casos clínicos complejos para aprendizaje organizacional, y el establecimiento de mecanismos formales de retroalimentación sobre la aplicación del conocimiento adquirido.

Análisis de resultados cualitativos

Para el análisis cualitativo de las entrevistas se recurrió al modelo KMAT, que contempla las dimensiones de Liderazgo, Cultura, Tecnología y Procesos. Esta metodología permitió organizar de manera sistemática los hallazgos obtenidos a partir de las respuestas de las entrevistas mediante la herramienta Atlas.ti codificando 11 entrevistas (directivos, líderes asistenciales y operativos) donde se aplicó la siguiente codificación temática:

Se realizó una importación de transcripciones de las entrevistas realizadas y se crearon los siguientes códigos mediante un análisis exploratorio:

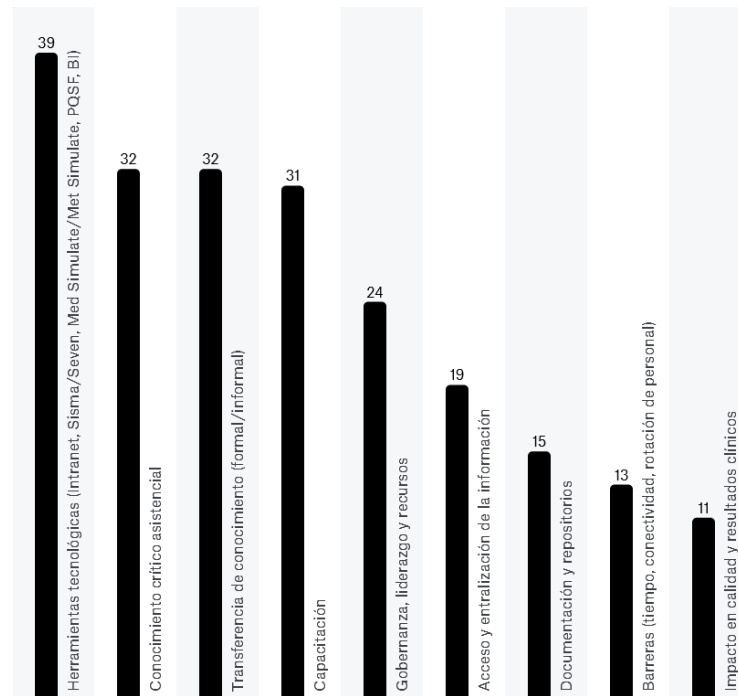


Ilustración 3. Codificación temática en Atlas.ti

Fuente: Elaboración propia

Luego se realizó un análisis para realizar la agrupación por categorías las siguientes categorías:

Asistencial crítico	2
Cultura y liderazgo	3
Procesos y documentación	3
Tecnología y acceso	3

Ilustración 4. Agrupación por categorías en Atlas.ti

Fuente: Elaboración propia

En el proceso de análisis, se llevó a cabo la construcción de una red semántica con el propósito de vincular los hallazgos obtenidos tanto con la pregunta de investigación como con los objetivos planteados tal y como se muestra en la ilustración 5.

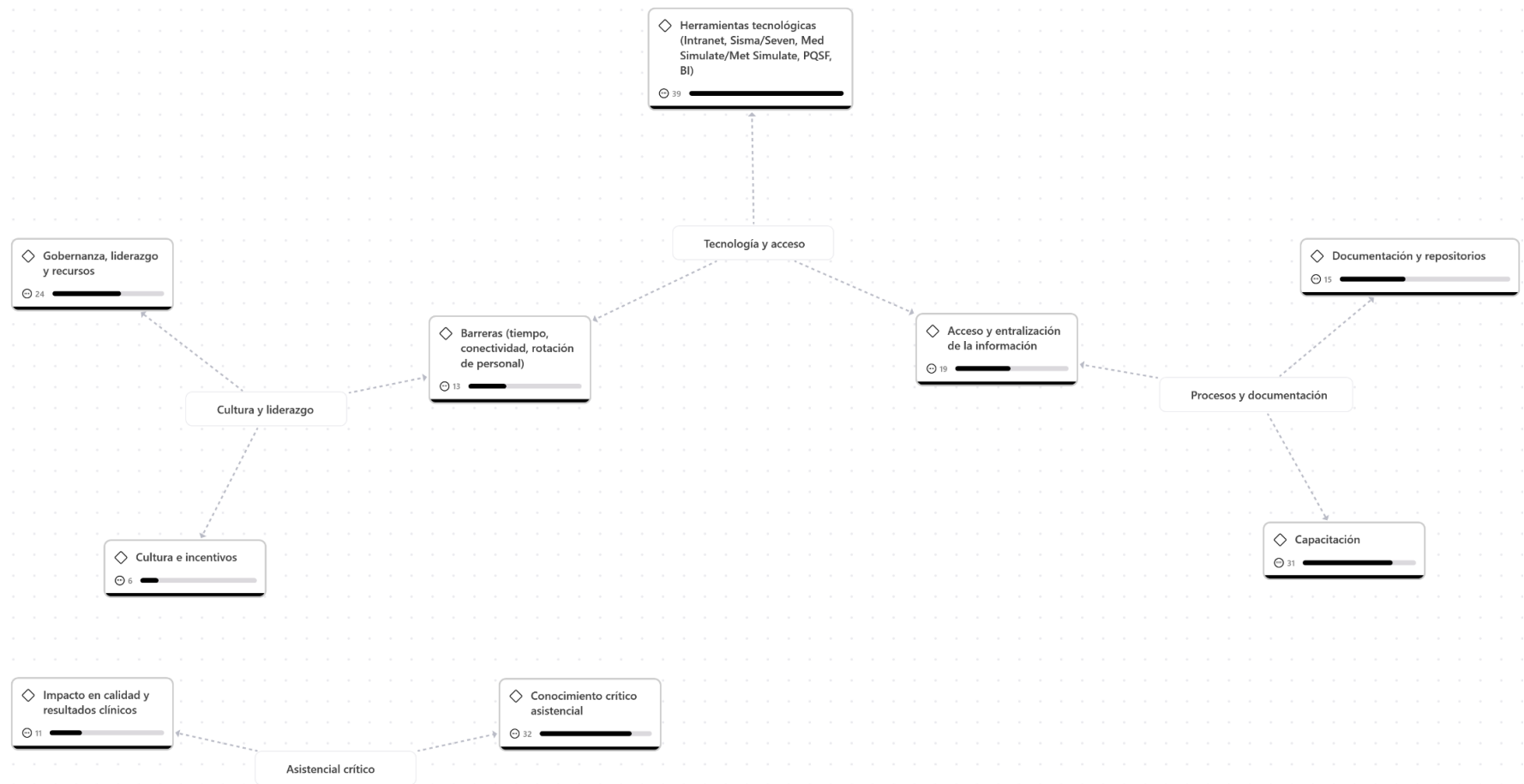


Ilustración 5. Red Semántica en Atlas.ti

Fuente: Elaboración propia

La aplicación de este enfoque permitió identificar las fortalezas y áreas de oportunidad presentes en cada una de las dimensiones analizadas así:

1. Dimensión de Liderazgo:

Se evidenció un compromiso por parte de la alta dirección reflejado en la inclusión de la gestión del conocimiento en el organigrama, la asignación de presupuestos y la definición de indicadores claves de desempeño (KPIs); sin embargo, se detecta la ausencia de políticas formales y la falta de asignación de recursos específicos.

2. Dimensión Cultura Organizacional:

Las entrevistas pusieron de manifiesto la disposición de compartir experiencias y la generación de sinergias en los comités. No obstante, persisten barreras como la retención de conocimiento por temor a desplazamiento, la carencia de incentivos formales y una alta rotación de personal que propicia la fuga de conocimiento.

3. Dimensión Tecnología:

Se logra evidenciar que las personas valoran positivamente herramientas tecnológicas como Sisma Seven, Power BI, Intranet y Med Simulate, destacando su facilidad de uso. A pesar de ello, subsisten limitaciones relacionadas con la conectividad en zonas rurales, la falta de actualizaciones en tiempo real y la dispersión de datos en hojas de cálculo que dificultan su centralización.

4. Dimensión de Procesos:

Se observan inducciones estructuradas y capacitaciones que priorizan el conocimiento explícito, como los protocolos. Sin embargo, se identifican debilidades en la documentación sistemática de mejores prácticas y la ausencia de espacios formales para el intercambio de experiencias prácticas, como las rondas clínicas.

Resultados de la Validación por Juicio de Experto

El modelo integral propuesto fue validado por el experto Rafael Eduardo Campo Hernández, Magíster en Analítica y Big Data, con dieciséis años de experiencia profesional y trayectoria acreditada en consultoría organizacional en el sector salud, gobierno de datos y transformación digital. La valoración se estructuró en tres niveles: evaluación general del modelo, evaluación por componente y respuestas cualitativas abiertas.

En la evaluación cuantitativa, los resultados evidenciaron una valoración favorable en todos los criterios. La evaluación general obtuvo un promedio de 4.67 sobre 5.0, con puntuaciones plenas en pertinencia, coherencia y aplicabilidad. La evaluación por componente arrojó promedios de 4.67 para Liderazgo Estratégico y Gobernanza, 4.50 para Cultura y Gestión de Personas, 4.50 para Tecnología e Infraestructura, y 4.83 para Procesos de Gestión del Conocimiento, siendo este último el componente de mayor robustez según el experto.

En las respuestas cualitativas, el experto confirmó que el modelo responde de manera adecuada a la brecha identificada, destacando como fortalezas su carácter integral, la articulación de las cuatro dimensiones y la pertinencia frente al contexto real de una operación domiciliaria con personal disperso, alta autonomía en campo y diversidad clínica. Como recomendaciones de enriquecimiento señaló la conveniencia

de construir una hoja de ruta de implementación por fases con pilotos tempranos, fortalecer explícitamente los aspectos de gobierno de datos e interoperabilidad con sistemas del Sistema General de Seguridad Social en Salud —particularmente la Historia Clínica Electrónica—, y profundizar en calidad de datos, trazabilidad y ciclo de vida de la información.

El dictamen final del experto corresponde a "Aprobado sin modificaciones", considerando que el modelo presenta una estructura conceptual sólida, pertinente al contexto operativo, y propone rutas de trabajo viables, prácticas e implementables para una IPS de atención domiciliaria en Colombia. Con este resultado, se valida la hipótesis planteada en cuanto a la pertinencia y viabilidad del modelo propuesto como respuesta estructurada a la brecha organizacional diagnosticada.

Propuesta de solución a la problemática

Con fundamento en el diagnóstico realizado y las oportunidades identificadas, se propone un Modelo Integral de Gestión del Conocimiento para IPS Cuidado Seguro en Casa, estructurado en cuatro componentes interdependientes alineados con las dimensiones del marco KMAT: Liderazgo Estratégico, Cultura y Personas, Tecnología e Infraestructura, y Procesos de Conocimiento.

Para garantizar la coherencia entre el diagnóstico realizado y la solución propuesta, cada componente del modelo responde directamente a brechas específicas identificadas en el análisis cuantitativo y cualitativo. El Componente I (Liderazgo Estratégico y Gobernanza) aborda la ausencia de políticas formales y asignación estratégica de recursos, institucionalizando la gestión del conocimiento más allá de la voluntad individual. El Componente II (Cultura y Gestión de Personas) responde a las barreras de retención de

conocimiento, la carencia de incentivos y la fuga de conocimiento asociada a la rotación de personal, transformando la percepción del conocimiento como activo individual hacia su comprensión como recurso colectivo. El Componente III (Tecnología e Infraestructura) atiende la dispersión de información y las limitaciones de conectividad mediante centralización, integración de sistemas y accesibilidad independiente de la ubicación geográfica. El Componente IV (Procesos de Gestión del Conocimiento) aborda la brecha más crítica: la dependencia de mecanismos informales de transferencia "voz a voz", estableciendo procesos sistemáticos de conversión de conocimiento tácito en explícito que aseguren su permanencia y escalabilidad.

Esta articulación directa entre diagnóstico y propuesta asegura que el modelo integral no constituye una solución genérica, sino una respuesta específica y contextualizada a las necesidades reales de IPS Cuidado Seguro en Casa.

Componente I: Liderazgo Estratégico y Gobernanza

Este componente establece la estructura de gobernanza necesaria para institucionalizar la gestión del conocimiento como capacidad organizacional estratégica.

Política Institucional de Gestión del Conocimiento

Se propone el desarrollo y formalización de una Política Institucional de Gestión del Conocimiento, aprobada por el nivel directivo más alto de la organización. Esta política debe definir explícitamente los principios rectores —apertura, colaboración, aprendizaje continuo, innovación—, establecer el alcance de gestión del conocimiento en todos los niveles y procesos organizacionales, y especificar derechos y responsabilidades de colaboradores respecto a creación, documentación y compartición de conocimiento.

La política debe articularse explícitamente con la estrategia corporativa de la IPS, estableciendo conexiones claras entre gestión del conocimiento y objetivos estratégicos como calidad asistencial, satisfacción del paciente, eficiencia operativa y crecimiento sostenible. Este alineamiento estratégico resulta fundamental para garantizar asignación sostenida de recursos y legitimidad organizacional de las iniciativas propuestas.

Estructura de Gobernanza

Se recomienda establecer un Comité de Gestión del Conocimiento de nivel estratégico, integrado por la Dirección General, direcciones de áreas funcionales clave y representantes de diferentes niveles organizacionales. Este comité asumiría responsabilidades de definición de prioridades estratégicas, aprobación de inversiones significativas, revisión de indicadores de desempeño y resolución de conflictos relacionados con conocimiento organizacional.

Complementariamente, se sugiere la conformación de una Red de Gestores de Conocimiento, integrada por colaboradores de diferentes áreas y sedes que asuman roles de promotores, facilitadores y curadores de conocimiento en sus respectivos contextos. Esta red, actuando bajo coordinación central pero con autonomía operativa, permitiría descentralización efectiva y adaptación contextual de iniciativas.

Asignación Estratégica de Recursos

El modelo requiere asignación presupuestal específica y sostenida, estructurada en tres categorías principales. Recursos para infraestructura tecnológica incluirían desarrollo de repositorio digital, integración de sistemas existentes y herramientas de colaboración. Recursos para desarrollo de personas abarcarían programas de capacitación en gestión del conocimiento, desarrollo de competencias digitales y formación de

facilitadores internos. Recursos para operación incluirían tiempo protegido de colaboradores para actividades de gestión del conocimiento, servicios externos especializados cuando necesarios y reconocimientos e incentivos.

Se recomienda establecer un horizonte de inversión escalonado en tres años, con intensidad mayor en fase inicial de implementación y transición hacia inversiones de mantenimiento y mejora continua en fases posteriores.

Componente II: Cultura y Gestión de Personas

Este componente aborda las dimensiones culturales y de gestión humana necesarias para crear un ambiente propicio para gestión efectiva del conocimiento.

Programa de Sensibilización y Cambio Cultural

Se propone implementar un programa sistemático de sensibilización dirigido a todos los niveles organizacionales. Este programa debe comunicar explícitamente el valor del conocimiento como activo organizacional, clarificar beneficios individuales y colectivos de gestión efectiva, abordar temores relacionados con compartir conocimiento y generar comprensión compartida sobre el modelo propuesto.

Las estrategias de sensibilización deben incluir comunicaciones periódicas desde liderazgo directivo reforzando compromiso organizacional, talleres participativos donde colaboradores exploren conceptos y experimenten prácticas, testimonios de casos de éxito internos que evidencien impacto positivo y campañas internas utilizando diversos medios —afiches, videos, mensajes en Intranet— para mantener visibilidad continua.

Sistema de Incentivos y Reconocimientos

Para superar barreras relacionadas con retención de conocimiento, se propone establecer un sistema formal de incentivos y reconocimientos vinculado a comportamientos y contribuciones específicas en gestión del conocimiento. Los criterios de valoración incluirían documentación de mejores prácticas, mentoría efectiva a colegas, participación activa en comunidades de práctica, innovaciones en procesos asistenciales y contribuciones destacadas al repositorio organizacional.

Los reconocimientos pueden abarcar modalidades monetarias —bonificaciones, premios— y no monetarias —reconocimientos públicos, certificados, oportunidades de desarrollo profesional preferencial, consideración en procesos de promoción interna—. La combinación de ambas modalidades resulta más efectiva que enfoques exclusivamente económicos, según literatura especializada.

Crucialmente, este sistema debe integrarse explícitamente con procesos de evaluación de desempeño. La incorporación de indicadores de gestión del conocimiento en evaluaciones anuales envía señales organizacionales claras sobre comportamientos valorados y esperados.

Comunidades de Práctica

Se propone la conformación de Comunidades de Práctica como mecanismo estructurado para intercambio de conocimiento entre pares con intereses o responsabilidades comunes. Temáticas sugeridas incluyen Comunidad de Manejo de Heridas Complejas, Comunidad de Dispositivos Médicos Domiciliarios, Comunidad de Atención en Zonas Rurales Remotas y Comunidad de Trato Humanizado en Atención Domiciliaria.

Cada comunidad operaría con coordinación rotativa entre miembros, reuniones virtuales periódicas programadas, espacios asíncronos de intercambio mediante plataforma digital y proyectos colaborativos específicos. El rol del Coordinador de Gestión del Conocimiento incluiría facilitación metodológica, provisión de herramientas y seguimiento de dinamismo y productividad de comunidades.

Las comunidades virtuales resultan particularmente apropiadas dada la dispersión geográfica de operaciones. Tecnologías de videoconferencia, foros estructurados y herramientas colaborativas permiten participación regular sin requerir desplazamientos físicos.

Programa de Mentoría Formal

Para abordar pérdida de conocimiento asociada con rotación de personal y retiro de colaboradores experimentados, se propone establecer un Programa de Mentoría Formal. Este programa emparejaría sistemáticamente personal experimentado con conocimiento crítico con colaboradores en desarrollo, facilitando transferencia estructurada de conocimiento tácito.

El programa operaría mediante identificación de mentores potenciales según experiencia y disposición, emparejamiento basado en necesidades de desarrollo de mentoreados y experticia de mentores, establecimiento de acuerdos de mentoría explicitando objetivos y compromisos, sesiones estructuradas de mentoría con frecuencia y duración definidas y evaluación periódica de efectividad y aprendizajes generados.

Los mentores recibirían capacitación específica en técnicas de mentoría efectiva, garantizando que experticia técnica se complemente con habilidades pedagógicas. El

tiempo dedicado a mentoría se reconocería formalmente en cargas de trabajo, evitando que se perciba como tarea adicional onerosa.

Componente III: Tecnología e Infraestructura

Este componente establece la plataforma tecnológica necesaria para soportar procesos de gestión del conocimiento de manera eficiente y escalable.

Repositorio Digital de Conocimiento Organizacional

Se propone desarrollar un Repositorio Digital de Conocimiento Organizacional centralizado, actuando como memoria institucional accesible para todos los colaboradores. Este repositorio debe organizarse mediante taxonomía clara reflejando estructura de conocimiento relevante para operaciones, funcionalidades de búsqueda avanzada permitiendo localización eficiente mediante múltiples criterios, sistema de control de versiones garantizando trazabilidad de evolución de documentos y mecanismos de seguridad diferenciando conocimiento público del sensible con accesos restringidos.

El contenido del repositorio abarcaría protocolos clínicos actualizados, mejores prácticas documentadas, casos clínicos analizados con aprendizajes extraídos, guías rápidas de referencia para situaciones frecuentes, recursos educativos para pacientes y cuidadores, y documentación de procesos administrativos y operativos.

Crucialmente, el repositorio debe integrarse con sistemas existentes —Sisma Seven, Power BI— para minimizar duplicación de esfuerzos y facilitar flujos de información coherentes. La interfaz de usuario debe diseñarse priorizando simplicidad e intuición, considerando perfiles de usuarios con niveles variables de alfabetización digital.

Mapas de Conocimiento Organizacional

Complementando el repositorio, se propone desarrollar Mapas de Conocimiento que visualicen distribución de experticia dentro de la organización. Estos mapas permitirían identificar el personal que domina determinadas áreas, facilitando conexiones entre personas que buscan conocimiento específico y aquellas que lo poseen. La estructura incluiría perfiles de colaboradores especificando áreas de experticia, experiencia acumulada y disposición para compartir conocimiento, visualizaciones gráficas permitiendo navegación intuitiva y funcionalidades de búsqueda por competencias o temas específicos.

Los mapas de conocimiento resultan particularmente valiosos para organizaciones con dispersión geográfica, donde colaboradores frecuentemente desconocen experticia existente en otras sedes. Al hacer visible el conocimiento distribuido, se facilita colaboración transversal y se optimiza aprovechamiento de capacidades organizacionales.

Plataforma de Colaboración y Aprendizaje

Se propone implementar una Plataforma de Colaboración y Aprendizaje integrando funcionalidades para comunidades de práctica —foros de discusión, espacios de trabajo colaborativo, bibliotecas de recursos compartidos—, aprendizaje continuo mediante cursos cortos, videos instructivos y evaluaciones de conocimiento, y espacios para compartir experiencias, consultar a pares y solicitar retroalimentación.

La plataforma debe ser accesible mediante dispositivos móviles, considerando que colaboradores en atención domiciliaria operan frecuentemente fuera de oficinas. Las funcionalidades deben diseñarse para operar con conectividad intermitente, permitiendo sincronización cuando conexión esté disponible.

Mejoras en Infraestructura de Conectividad

Las limitaciones de conectividad en zonas rurales identificadas en el diagnóstico requieren atención específica. Se propone evaluación de alternativas tecnológicas para mejorar conectividad —planes de datos corporativos, tecnologías satelitales donde sea aplicable— y desarrollo de funcionalidades offline permitiendo acceso a información crítica sin conexión activa, con sincronización posterior. Esta inversión resulta estratégica no solo para gestión del conocimiento sino para operaciones clínicas generales.

Componente IV: Procesos de Gestión del Conocimiento

Este componente establece los procesos operativos que estructuran el ciclo de vida del conocimiento organizacional: creación, captura, almacenamiento, transferencia, aplicación y actualización.

Proceso de Identificación y Captura de Conocimiento Crítico

Se propone establecer un proceso sistemático para identificar y capturar conocimiento crítico antes que se pierda. Este proceso incluiría entrevistas estructuradas a personal experimentado próximo a retiro, documentando experticia acumulada, observación y registro de prácticas destacadas mediante metodologías etnográficas, análisis de incidentes críticos extrayendo lecciones aprendidas y revisiones retrospectivas de proyectos o iniciativas significativas.

La captura debe transformar conocimiento tácito —residente en mentes de personas— en conocimiento explícito —documentado y accesible—. Técnicas sugeridas incluyen storytelling guiado, donde expertos narran experiencias significativas con facilitación para extraer aprendizajes transferibles, y elaboración de casos clínicos detallados describiendo situaciones complejas, decisiones tomadas, razonamientos y resultados.

Proceso de Documentación de Mejores Prácticas

Se propone un proceso formal para identificar, validar y documentar mejores prácticas emergentes. Los criterios de selección incluirían efectividad demostrada mediante resultados superiores, eficiencia en uso de recursos, replicabilidad en diferentes contextos, alineación con estándares de calidad organizacionales y aporte innovador respecto a prácticas estándar.

El proceso operaría mediante nominación de prácticas por colaboradores o supervisores, evaluación por comité técnico especializado, documentación estructurada incluyendo contexto, procedimiento detallado, resultados esperados y consideraciones de implementación, validación mediante prueba en contextos adicionales y publicación en repositorio organizacional con difusión activa.

Rondas Clínicas Estructuradas

Se propone institucionalizar Rondas Clínicas Estructuradas como espacio formal y periódico para análisis reflexivo de casos complejos y aprendizaje colectivo. Estas sesiones operarían con frecuencia quincenal o mensual según capacidad organizacional, participación interdisciplinaria incluyendo profesionales de diferentes especialidades, presentación estructurada de casos incluyendo contexto clínico, decisiones tomadas, resultados obtenidos y dudas emergentes, discusión facilitada extrayendo aprendizajes generalizables y documentación de conclusiones y recomendaciones para casos futuros similares.

Las rondas clínicas constituyen práctica consolidada en medicina institucional que, adaptada al contexto domiciliario, permite aprendizaje experiencial estructurado. La

documentación sistemática de estas sesiones genera repositorio valioso de casos que enriquece conocimiento organizacional.

Proceso de Inducción y Capacitación Continua

Se propone robustecer procesos de inducción y capacitación incorporando explícitamente componentes de gestión del conocimiento. La inducción para nuevo personal incluiría orientación al repositorio de conocimiento y herramientas disponibles, asignación de mentor durante periodo inicial, acceso a protocolos, guías y recursos de aprendizaje relevantes y participación temprana en comunidades de práctica pertinentes.

La capacitación continua adoptaría enfoque mixto combinando conocimiento explícito —protocolos actualizados, evidencia científica— con conocimiento tácito —experiencias prácticas, habilidades relacionales—. Se incorporarían modalidades innovadoras como cápsulas de microaprendizaje para contenidos breves y específicos, simulaciones de situaciones clínicas complejas, discusión de casos reales como método pedagógico y gamificación para aumentar engagement y retención.

Proceso de Evaluación de Impacto y Mejora Continua

Se propone establecer un sistema de indicadores para monitorear efectividad del modelo y fundamentar decisiones de mejora continua. Los indicadores abarcarían tres categorías:

Indicadores de adopción: porcentaje de colaboradores participando activamente en comunidades de práctica, frecuencia de consultas al repositorio de conocimiento, número de mejores prácticas documentadas y contribuciones realizadas.

Indicadores de impacto en gestión del conocimiento: tiempo promedio para localizar información crítica, satisfacción de colaboradores con acceso a conocimiento necesario, retención de conocimiento crítico ante rotación de personal.

Indicadores de impacto organizacional: mejoras en indicadores de calidad asistencial correlacionadas con iniciativas de gestión del conocimiento, reducción de tiempos de inducción y curvas de aprendizaje, satisfacción de pacientes y familias con servicios recibidos.

La recolección sistemática de estos indicadores, analizada trimestralmente por el Comité de Gestión del Conocimiento, permitirá ajustes oportunos del modelo y fundamentación de decisiones de inversión continua.

A manera de síntesis, la Ilustración 6 presenta el esquema integrado del Modelo Integral de Gestión del Conocimiento propuesto, en el cual se visualizan los cuatro componentes interdependientes, sus elementos constitutivos, el ciclo operativo de retroalimentación entre ellos y el marco normativo y contextual que lo sustenta. Este esquema permite apreciar que el modelo no opera como un conjunto de iniciativas aisladas, sino como un sistema articulado donde cada componente habilita y potencia a los demás, con el conocimiento organizacional —tanto tácito como explícito— como eje central.

Modelo Integral de Gestión del Conocimiento para IPS Cuidado Seguro en Casa

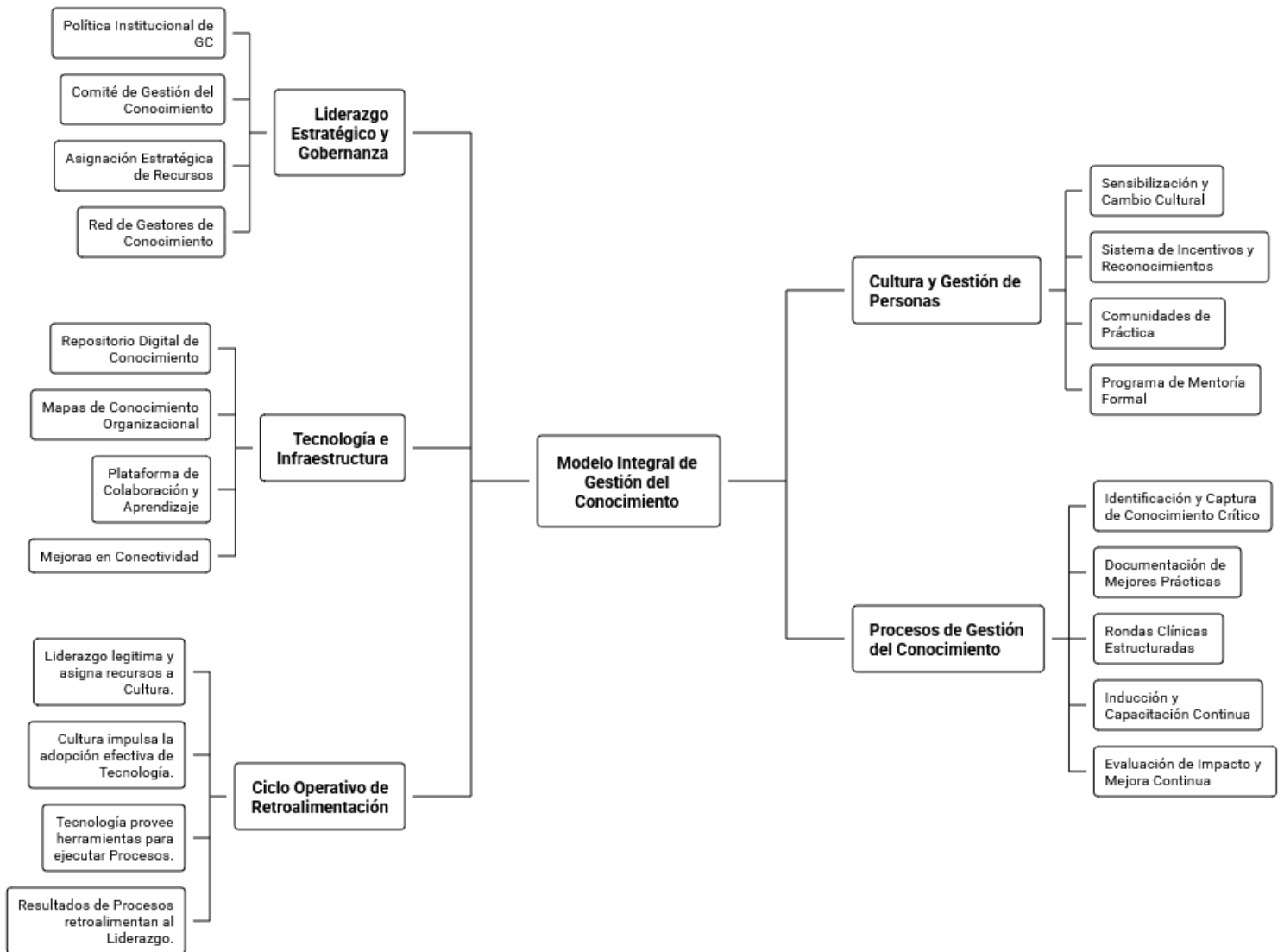


Ilustración 6: Modelo Integral de Gestión del Conocimiento para IPS Cuidado Seguro en Casa

Discusión y Conclusiones

Los hallazgos obtenidos revelan una tensión fundamental en IPS Cuidado Seguro en Casa que resulta determinante para comprender el alcance de esta investigación: puntuaciones satisfactorias en las cuatro dimensiones KMAT —Liderazgo (M=4.37), Tecnología (M=4.36), Procesos (M=4.33) y Cultura (M=4.21)— coexisten con una dependencia crítica de mecanismos informales de transferencia de conocimiento. Esta aparente contradicción requiere una interpretación cuidadosa. Las puntuaciones cuantitativas reflejan la percepción favorable de los colaboradores respecto a elementos individuales: reconocen compromiso directivo, valoran las herramientas tecnológicas disponibles, perciben una cultura colaborativa y identifican procesos de capacitación estructurados. Sin embargo, el análisis cualitativo reveló que estos elementos funcionan de manera aislada y desconectada, sin un sistema que los articule como capacidad organizacional integrada.

La distinción es sustancial: disponer de componentes favorables no equivale a gestionar el conocimiento de forma efectiva. La transferencia de conocimiento crítico — manejo de heridas complejas, gastrostomías, trato humanizado— ocurre predominantemente mediante comunicación verbal entre pares, un mecanismo que, aunque efectivo para la resolución inmediata de situaciones puntuales, presenta limitaciones significativas en términos de consistencia, escalabilidad, permanencia y trazabilidad. Cuando un colaborador experimentado se retira o rota hacia otra sede, el conocimiento acumulado durante años de práctica clínica se pierde irremediablemente si no ha sido documentado ni transferido de manera estructurada.

Esta situación valida plenamente el modelo de conversión del conocimiento propuesto por Nonaka y Takeuchi, evidenciando que la organización requiere mecanismos formales de externalización que transformen el conocimiento tácito —residente en la experiencia individual de los profesionales— en conocimiento explícito, documentado y accesible para el conjunto de la organización. Precisamente en esta brecha entre capacidades existentes y articulación formal reside la justificación y el aporte del modelo integral propuesto.

El compromiso directivo identificado confirma lo planteado por González Millán y Rodríguez Díaz (2018) respecto a que el liderazgo resulta determinante para el éxito de iniciativas de gestión del conocimiento. No obstante, las entrevistas revelaron que este compromiso no se ha traducido en políticas formales ni en asignación estratégica de recursos específicos, constatando que la intención directiva, sin estructuración institucional que la respalde, resulta insuficiente para institucionalizar la gestión del conocimiento como práctica organizacional sostenible.

La dimensión Cultural evidenció tensiones significativas: la disposición para compartir conocimiento coexiste con barreras como el temor al desplazamiento laboral y la ausencia de incentivos formales. Este fenómeno confirma los planteamientos de Vega Muñoz (2020) sobre la necesidad de transformar la percepción del conocimiento como activo individual hacia su comprensión como recurso colectivo. Sin mecanismos institucionales que reconozcan y valoren la contribución individual al acervo organizacional, persisten comportamientos de retención selectiva que obstaculizan los flujos de conocimiento.

El desempeño tecnológico satisfactorio, pese a las limitaciones de conectividad documentadas cualitativamente, evidencia que la organización ha seleccionado

herramientas apropiadas —Sisma Seven, Power BI, Intranet, Med Simulate—. Esto confirma los planteamientos de Rodríguez Páez et al. (2024) sobre la importancia de la infraestructura tecnológica para sistemas complejos de salud. Sin embargo, la dispersión de información en múltiples hojas de cálculo y la ausencia de un repositorio centralizado demuestran que disponer de tecnología no equivale a gestionar efectivamente el conocimiento; se requiere integración, centralización y gobernanza de la información para convertir datos dispersos en conocimiento organizacional útil.

La dimensión de Procesos reveló el hallazgo de mayor criticidad: coexisten procedimientos formales que transmiten conocimiento explícito —protocolos, guías, manuales de inducción— con una carencia significativa de mecanismos para capturar y documentar el conocimiento tácito más valioso de la organización. Las competencias clínicas especializadas, las decisiones tomadas ante situaciones complejas en el domicilio del paciente y las estrategias de trato humanizado constituyen conocimiento crítico que actualmente reside exclusivamente en la experiencia individual de los profesionales, sin que existan procesos sistemáticos de externalización, documentación o transferencia estructurada.

La transferencia "voz a voz" como mecanismo predominante caracteriza una realidad propia de la atención domiciliaria, donde el personal opera con alto grado de autonomía en contextos geográficamente dispersos y clínicamente diversos. Este hallazgo resulta consistente con la literatura sobre gestión del conocimiento en organizaciones distribuidas y refuerza la necesidad de enfoques diferenciados que combinen herramientas digitales con prácticas presenciales y virtuales adaptadas a la operación descentralizada.

Las limitaciones del estudio incluyen su temporalidad transversal, que captura el estado organizacional en momento específico sin permitir análisis evolutivo. Adicionalmente, el enfoque en una sola organización limita generalizabilidad de hallazgos. Estudios longitudinales y comparativos multi-caso fortalecerían la comprensión de factores contextuales.

Conclusiones

Primera Conclusión: Diagnóstico del estado actual

El diagnóstico mediante modelo KMAT evidenció que IPS Cuidado Seguro en Casa posee fundamentos sólidos para gestión del conocimiento —compromiso directivo, cultura colaborativa, infraestructura tecnológica y procesos estructurados— pero carece de sistematización formal. Las cuatro dimensiones obtuvieron puntuaciones satisfactorias, confirmando capacidades organizacionales existentes. Sin embargo, el análisis cualitativo reveló que transferencia de conocimiento ocurre predominantemente mediante mecanismos informales "voz a voz", generando vulnerabilidad ante rotación de personal. Se identificó conocimiento crítico en manejo de heridas complejas, dispositivos médicos domiciliarios y competencias relacionales, actualmente no documentado sistemáticamente.

Segunda Conclusión: Identificación y adaptación de mejores prácticas

La investigación identificó que las mejores prácticas de gestión del conocimiento deben adaptarse específicamente al contexto de atención domiciliaria. Los modelos tradicionales requieren ajustes que reconozcan dispersión geográfica, autonomía operativa y diversidad de contextos. El modelo de Nonaka y Takeuchi sobre conversión tácito-explícito resulta particularmente pertinente para transformar conocimiento experiencial individual en conocimiento organizacional explícito. Las herramientas apropiadas incluyen repositorios digitales, comunidades de práctica virtuales, mapas de conocimiento y programas de mentoría formal. La alineación con NTC-ISO 30401:2019 y CONPES 4069 de 2021 garantiza que prácticas adoptadas respondan a estándares nacionales e internacionales.

Tercera Conclusión: Diseño de componentes del modelo integral

El modelo integral propuesto estructura la gestión del conocimiento en cuatro componentes interdependientes: Liderazgo Estratégico y Gobernanza, estableciendo política institucional formal y estructura de gobernanza; Cultura y Gestión de Personas, implementando sensibilización, incentivos, comunidades de práctica y mentoría; Tecnología e Infraestructura, desarrollando repositorio digital, mapas de conocimiento y plataforma de colaboración; y Procesos de Conocimiento, institucionalizando captura sistemática, documentación de mejores prácticas y rondas clínicas estructuradas. La implementación escalonada en tres fases durante 36 meses permite maduración progresiva y ajustes basados en aprendizaje organizacional.

Cuarta Conclusión: Mecanismos de medición y evaluación

Se establecieron indicadores en tres categorías: adopción (participación en comunidades, consultas a repositorio, contribuciones documentadas), impacto en gestión del conocimiento (tiempo para localizar información, satisfacción con acceso, retención ante rotación) e impacto organizacional (mejoras en calidad asistencial, reducción de curvas de aprendizaje, satisfacción de pacientes). La evaluación trimestral permitirá ajustes oportunos y evidenciará valor agregado de inversiones en gestión del conocimiento.

Quinta Conclusión: Validación de la propuesta

La validación por juicio de experto permitió verificar la pertinencia, coherencia, viabilidad y aplicabilidad del modelo propuesto, obteniendo un dictamen de "aprobado sin modificaciones" con una valoración promedio de 4.63 sobre 5.0 en los seis criterios evaluados. Las recomendaciones del experto orientan líneas de profundización futura en

materia de hoja de ruta de implementación por fases, gobierno de datos e interoperabilidad con sistemas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, elementos que fortalecen la proyección del modelo sin modificar su estructura conceptual.

Aporte al Campo del Conocimiento

La revisión de literatura realizada evidencia que, si bien existen marcos teóricos reconocidos sobre gestión del conocimiento aplicables al sector salud —entre los cuales se destacan el modelo SECI de Nonaka y Takeuchi, la norma NTC-ISO 30401:2019, la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y lineamientos de organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud—, así como el marco normativo que regula la habilitación de los servicios de salud en Colombia —particularmente la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, aplicable a la modalidad extramural domiciliaria—, no se identificó en la literatura revisada un modelo integral de gestión del conocimiento diseñado específicamente para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud dedicadas a la atención domiciliaria en el contexto colombiano, que articule de manera operativa estos referentes teóricos y normativos en una propuesta sistemática y contextualizada.

En este sentido, la presente investigación contribuye al campo del conocimiento en cuatro dimensiones diferenciadas:

Aporte teórico-integrador. La investigación articula en una propuesta única el marco diagnóstico KMAT (Knowledge Management Assessment Tool) desarrollado por Arthur Andersen y la American Productivity and Quality Center (APQC), el modelo de conversión del conocimiento de Nonaka y Takeuchi, los requisitos de la NTC-ISO

30401:2019 y los lineamientos del CONPES 4069 de 2021, integrándolos con los marcos normativos específicos del sector salud colombiano. Esta articulación no constituye la formulación de un marco teórico nuevo, sino la construcción de una integración conceptual que responde a las particularidades del sector de atención domiciliaria, segmento que ha sido escasamente abordado de manera sistemática en la literatura nacional.

Aporte metodológico. La adaptación del instrumento KMAT al contexto específico de la atención domiciliaria en salud, manteniendo su estructura teórica subyacente y las cuatro dimensiones conceptuales originales —Liderazgo, Cultura, Tecnología y Procesos—, constituye una herramienta replicable en organizaciones con características operativas similares. Asimismo, la aplicación de un enfoque mixto con triangulación entre datos cuantitativos (n=150) y cualitativos (11 entrevistas semiestructuradas), procesados respectivamente mediante Jamovi y Atlas.ti, ofrece una ruta metodológica aplicable a futuros estudios en el sector.

Aporte empírico. El hallazgo más relevante de la investigación, desde la perspectiva del aporte al conocimiento, consiste en la documentación de una tensión que no había sido formalmente caracterizada en el sector de atención domiciliaria colombiano: la coexistencia de puntuaciones satisfactorias en las cuatro dimensiones del KMAT con una dependencia crítica de mecanismos informales de transferencia de conocimiento. Este hallazgo demuestra empíricamente que la existencia de capacidades organizacionales favorables no equivale, por sí misma, a una gestión del conocimiento efectiva y sistematizada. La transferencia predominante mediante comunicación verbal entre pares, en un contexto caracterizado por dispersión geográfica, autonomía operativa del personal en campo y diversidad clínica de casos atendidos, configura una realidad organizacional

que requiere enfoques diferenciados respecto a los aplicables en entornos hospitalarios institucionales.

Aporte práctico-propositivo. El modelo integral diseñado —estructurado en cuatro componentes interdependientes: Liderazgo Estratégico y Gobernanza, Cultura y Gestión de Personas, Tecnología e Infraestructura, y Procesos de Gestión del Conocimiento— llena un vacío entre los marcos teóricos generales disponibles y su aplicación operativa concreta en el sector. A diferencia de formulaciones teóricas o de lineamientos normativos de alto nivel, el modelo propuesto incorpora elementos accionables, indicadores de medición organizados en tres categorías y una ruta de implementación escalonada en tres fases, lo cual facilita su adopción práctica por parte de organizaciones del sector. Esta contextualización atiende particularmente los desafíos específicos identificados en atención domiciliaria: la autonomía operativa del profesional en campo, la centralidad del cuidador como nodo del sistema asistencial y la fragmentación de la información entre los distintos actores interdisciplinarios.

En conjunto, estos cuatro aportes contribuyen al avance del conocimiento en el campo de la gestión del conocimiento aplicada a servicios de salud domiciliarios en Colombia, proporcionando fundamentos conceptuales, metodológicos y prácticos que pueden orientar investigaciones futuras, decisiones organizacionales en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud similares y ajustes de política pública en el sector.

Riesgos Asociados a la Implementación del Modelo

La puesta en marcha del modelo integral propuesto conlleva riesgos que deben ser anticipados y gestionados adecuadamente para garantizar su sostenibilidad. Estos riesgos se agrupan en cuatro categorías:

Riesgos culturales. La principal barrera identificada en el diagnóstico cualitativo corresponde al temor de algunos colaboradores a perder valor profesional o sufrir desplazamiento laboral al compartir su conocimiento. Este riesgo puede mitigarse mediante el sistema de incentivos y reconocimientos contemplado en el Componente II del modelo, que valora explícitamente la contribución individual al acervo organizacional.

Riesgos operativos. La alta rotación de personal documentada en la organización podría interrumpir los ciclos de documentación del conocimiento antes de que este logre transformarse de tácito a explícito. Para mitigar este riesgo, resulta necesario fortalecer los protocolos de salida del personal, incorporando entrevistas estructuradas de transferencia de conocimiento, y robustecer los procesos de inducción para nuevos colaboradores.

Riesgos tecnológicos. Las limitaciones de conectividad en zonas rurales identificadas durante el diagnóstico pueden afectar la operación del repositorio digital y la plataforma de colaboración. La mitigación requiere el desarrollo de funcionalidades offline con sincronización posterior, así como la evaluación de alternativas tecnológicas complementarias para zonas con cobertura limitada.

Riesgos estratégicos. Existe la posibilidad de que la gestión del conocimiento sea percibida como una carga administrativa adicional desligada del núcleo asistencial, lo cual conduciría a la falta de tiempo dedicado y al debilitamiento progresivo de las iniciativas. La mitigación de este riesgo descansa en la institucionalización efectiva del Comité de Gestión del Conocimiento contemplado en el Componente I, que garantizaría la asignación presupuestal sostenida y el alineamiento estratégico permanente.

Es pertinente señalar que el mayor riesgo organizacional consiste en la no implementación del modelo, dado que la organización opera actualmente bajo mecanismos fragmentados y altamente vulnerables a la pérdida de conocimiento crítico ante eventos de rotación o desvinculación de personal experimentado.

Oportunidades derivadas y trabajos futuros

La presente investigación abre múltiples líneas de trabajo que pueden extender, profundizar o complementar los hallazgos obtenidos. A continuación, se identifican las oportunidades derivadas más relevantes:

En primer lugar, dado el carácter transversal del presente estudio, resulta pertinente desarrollar un estudio longitudinal de impacto que evalúe los resultados de la implementación del modelo en un horizonte temporal de 18 a 36 meses, midiendo indicadores específicos de adopción organizacional, retención de conocimiento crítico ante rotación de personal y mejora en indicadores de calidad asistencial.

En segundo lugar, el instrumento KMAT adaptado constituye un aporte metodológico replicable en otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con características operativas similares. Esta replicación permitiría desarrollar estudios comparativos multi-caso que enriquezcan la comprensión de los factores contextuales que facilitan o limitan la gestión del conocimiento en el sector de atención domiciliaria colombiano.

En tercer lugar, el modelo propuesto ofrece una base para futuras investigaciones orientadas a la profundización de líneas específicas, entre las cuales se destacan la

construcción de mapas de conocimiento clínico especializados por patologías prevalentes en la región Caribe, el diseño de protocolos automatizados para la captura sistemática de conocimiento tácito mediante herramientas digitales, y la integración del modelo con tecnologías emergentes de analítica avanzada para la gestión de casos clínicos complejos.

En cuarto lugar, la alineación del modelo con la NTC-ISO 30401:2019 abre la oportunidad de desarrollar un proceso de auditoría interna y cierre de brechas orientado a la obtención de la certificación organizacional bajo este estándar internacional, lo cual fortalecería la posición competitiva de la institución y serviría como referente sectorial.

Finalmente, la experiencia de implementación generará casos de estudio de valor académico y práctico, susceptibles de ser sistematizados y publicados en literatura especializada, contribuyendo al avance del conocimiento sobre gestión del conocimiento en servicios de salud no institucionales en Latinoamérica.

Referencias Bibliográficas

- Aguilera Luque, A. M. (15 de Diciembre de 2021). Nonaka y Takeuchi: un modelo para la gestión del conocimiento organizacional. Obtenido de anamariaaguilera: <https://anamariaaguilera.es/desarrollo-organizacional/nonaka-y-takeuchi/>
- Alfaro Calderón, G. G., & Alfaro García, V. G. (2012). Modelo de gestión del conocimiento para la pequeña y mediana empresa. *Revistas Universidad Externado*, 6. Obtenido de <https://revistas.uexternado.edu.co/index.php/sotavento/article/view/3347/2997>
- Ammirato, S., Linzalone, R., & Felicetti, A. (23 de Julio de 2020). *Tandfonline*. Obtenido de Tandfonline: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14778238.2020.1801364#abstract>
- Arboleda Posada, G. I. (2016). Conceptualización de la gestión del conocimiento en instituciones de salud de mediana y alta complejidad. *Revista de salud pública*, 18(3), 379-390.
- Atlas ti*. (2026). Obtenido de Atlas ti: <https://atlasti.com/es>
- Carballo, R. (2015). Innovación y gestión del conocimiento. En R. Carballo, *Innovación y gestión del conocimiento* (págs. 363-367). Madrid: Diaz de Santos.
- Chesbrough, H. (2011). *Open Services Innovation: Rethinking Your Business to Grow and Compete in a New Era*. Jossey-Bass.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2017). Designing and Conducting Mixed-Methods Research. En J. W. Creswell, & V. L. Plano Clark, *Designing and Conducting Mixed-Methods Research* (págs. 51-64). SAGE. Obtenido de <https://journals-sagepub-com.bdbiblioteca.universidadean.edu.co/doi/epub/10.1177/1937586719832223>
- Easterby Smith, M., & Prieto, I. (2008). Dynamic capabilities and knowledge management: An integrative role for learning? *Journal of Management*, 235–249.
- González Millán, J. J., & Rodríguez Díaz, M. T. (2018). Gestión del conocimiento, capital intelectual e indicadores aplicados. En J. J. González Millán, & M. T. Rodríguez Díaz, *Gestión del conocimiento, capital intelectual e indicadores aplicados* (págs. 10-11). Diaz de Santos.
- Icontec. (18 de 09 de 2019). *E-Collection Icontec*. Obtenido de E-Collection Icontec: <https://ecollection-icontec-org.bdbiblioteca.universidadean.edu.co/normavw.aspx?ID=76359>

- Idrees, H., Xu, J., Haider, S., & Tehseen, S. (Junio de 2023). *elsevier*. Obtenido de elsevier: <https://www.elsevier.es/es-revista-journal-innovation-knowledge-376-articulo-a-systematic-review-knowledge-management-S2444569X2300046X>
- IPS Cuidado Seguro en Casa. (2025). *Portal institucional: Quiénes somos, servicios y programas*. Obtenido de Cuidado Seguro en Casa S.A.: <https://cuidadoseguro.com.co>
- Jakovljevic, M., Stoumpus, A. I., Talias, M. A., Ntais, C., & Kitsios, F. (2024). Knowledge management and digital innovation in healthcare: A bibliometric analysis. *Healthcare*, 12(24).
- Jamovi*. (2025). Obtenido de Jamovi: <https://www.jamovi.org/>
- Minciencias. (20 de Diciembre de 2021). *Minciencias*. Obtenido de Minciencias: [https://minciencias.gov.co/conpes-4069-nueva-politica-ciencia-tecnologia-e-innovacion-2022-2031#:~:text=Inicio- ,CONPES%204069%3A%20Nueva%20pol%C3%ADtica%20de%20Ciencia%2C%20Tecnolog%C3%ADa%20e%20Innovaci%C3%B3n%20\(,CTI%20para%20la%20pr%C3%B3xima%20d%C3%A9](https://minciencias.gov.co/conpes-4069-nueva-politica-ciencia-tecnologia-e-innovacion-2022-2031#:~:text=Inicio%2C%20CONPES%204069%3A%20Nueva%20pol%C3%ADtica%20de%20Ciencia%2C%20Tecnolog%C3%ADa%20e%20Innovaci%C3%B3n%20(,CTI%20para%20la%20pr%C3%B3xima%20d%C3%A9)
- Muketo Mutua, J., Omieno, K. K., Kiget, N. K., & Bitok, H. J. (2024). A systematic literature review on knowledge management in healthcare. *Engineering and Technology Journal*, 9 (10).
- North, K., Maier, R., & Haas, O. (2018). *Knowledge Management in Digital Change: New Findings and Practical Cases*. Springer.
- Pawlowski, J. M., & Bick, M. (2012). The global knowledge management framework: Towards a theory for knowledge management in globally distributed settings. *Electronic Journal of Knowledge Management*, 92–108.
- Pereira, N., & Fernandes, C. (2025). Knowledge management in health organizations: A systematic literature review. *Journal of the Knowledge Economy*, 6-23. Obtenido de <https://link.springer.com/journal/13132>
- Riesco González, M. (2006). El negocio es el conocimiento. En M. Riesco González, *El negocio es el conocimiento* (pág. 204). Diaz de Santos.
- Rodríguez Páez, F. G., Cabrera Moya, D., & Herrera Cuartas, J. A. (2024). Proposal of a Knowledge Management Model for Complex Systems: Case of the Supervision and Control Subsystem of the Colombian Health System. *Journal of Market Access & Health Policy*, 12, 224–251.
- Teece, D. J. (2007). Explicating dynamic capabilities: The nature and microfoundations of (sustainable) enterprise performance. *Strategic Management Journal*, 1319–1350.

Tejedor, B., & Aguirre, A. (1998). *Boletín de estudios económicos España*. Obtenido de Deusto Bussines Lumini: <https://1library.co/article/modelo-kpmg-consulting-tejedor-y-aguirre.ydxog4lz>

Vega Muñoz, Y. G. (2020). *La gestión del conocimiento en las instituciones de salud*. Bogotá: Universidad Militar Nueva Granada.