

RESUMEN

El conocimiento, un activo intangible de la organización, se ha identificado como un elemento clave de las organizaciones y la sociedad para lograr ventajas competitivas. La creación del conocimiento tiene el fin de transferir el conocimiento desde el lugar donde se genera hasta el lugar en dónde se va a emplear e implica el desarrollo de las competencias necesarias al interior de las organizaciones para compartirlo y utilizarlo entre sus miembros. La Gestión del conocimiento es la adquisición y uso de recursos para crear un entorno en el que la información es accesible a los individuos y en el que los individuos adquieren, comparten y usan dicha información para desarrollar su propio conocimiento y son alentados y habilitados para aplicar su conocimiento en beneficio de la organización. En Instituciones de Salud es importante que el conocimiento tácito se convierta en explícito para beneficio de los usuarios. El siguiente estudio presentó un enfoque cualitativo, descriptivo, correlacional y de campo. Se centró en el tema de Diabetes Infantil correlacionándolo con otros temas de salud que se han logrado gestionar exitosamente. Para la comprobación de hipótesis se elaboraron 2 cuestionarios de 5 preguntas cada uno dirigido a personal de salud y a familiares y pacientes. Una vez obtenido los resultados se graficó la información y se comprueba la hipótesis planteada de que es necesaria la gestión del conocimiento en el tema de Diabetes Infantil y que la información que se les da a los padres repercute o beneficia al manejo del menor en casa. La presente investigación consideró sólo la transferencia del conocimiento explícito a padres de familia o tutores y no profundizó en la transferencia de dicho conocimiento a los niños, esto es una limitante actual para la investigación aquí presentada pero representa una oportunidad para realizar estudios relacionados con la temática.

(Palabras clave: gestión del conocimiento, diabetes infantil, conocimiento tácito, conocimiento explícito)

ABSTRACT

Knowledge, an intangible asset of the organization, has been identified as a key element of organizations and society in order to gain competitive advantages. Creation of knowledge aims at transferring knowledge from the place it is generated to the place where it is going to be used and it involves the development of the necessary skills within organizations in order to share it so it can be used by all the members. Management of knowledge is acquiring and using resources to create an environment in which information is accessible to all individuals and where individuals acquire, share and use such information to develop their own knowledge and are encouraged and trained to apply the knowledge for the benefit of the organization. In Health Institutions it is important for tacit knowledge to become explicit for the benefit of users. This study showed a field, cross-sectional descriptive qualitative approach. It focused on childhood diabetes correlating it to other health matters which have been managed successfully. To test the hypothesis two five-question questionnaires were developed, each one addressed to health staff, relatives and patients. Once results were obtained information was graphed and the stated hypothesis is validated in the sense that management of knowledge for Childhood Diabetes and the information given to parents affects or benefits the child management at home. This study only considered the transfer of explicit knowledge to parents or guardians and did not go far to the transfer of such knowledge to the children. This is a current limitation for this research, but it represents an opportunity to perform studies related to the matter.

(Key words: management of knowledge, childhood diabetes, tacit knowledge, explicit knowledge)

DEDICATORIA

A mis compañeros y maestros, por enriquecer esta experiencia.

A mis asesoras, por sus conocimientos, apoyo y amistad.

A mi familia por inculcarme que el aprendizaje nunca termina.

A ti que me apoyaste en cada paso.

Gracias

AGRADECIMIENTOS

A la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro a través de su Dirección de Servicios Médicos y al Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer por las facilidades otorgadas en la realización de la presente investigación.

INDICE

Resumen.....	i
Summary.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimientos.....	iv
Introducción.....	1
1. Justificación.....	4
2. Objetivos.....	8
2.1 OBJETIVO GENERAL:	8
2.2 OBJETIVOS PARTICULARES:	8
2.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	9
3. Planteamiento del problema	10
3.1. PROPOSICIONES	10
3.2 LÍMITES DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
4. Marco teórico.....	12
4.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD	14
4.2 ¿CÓMO APRENDEN LAS PERSONAS?.....	18
4.3 CICLO DE APRENDIZAJE.....	20
4.4 GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO.	23
5. Descripción de la organización.....	44
5.1 ¿QUÉ ES HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL NIÑO Y LA MUJER (HENM)?.....	44
5.2 PRINCIPALES USUARIOS	48
5.3 PRINCIPAL PRODUCTO	49
5.4 DESCRIPCIÓN DEL DEPARTAMENTO EN ESTUDIO	50
6. Marco metodológico.....	52
6.1 MÉTODO.....	52

6.2	POBLACIÓN Y MUESTRA	54
6.3	HERRAMIENTAS	55
6.4	TRABAJO CON LOS RESULTADOS	59
7.	Resultados.....	60
7.1	GUÍA DE ENTREVISTA PARA FAMILIARES.....	61
7.2	GUÍA DE ENTREVISTA A PERSONAL MÉDICO	66
	Conclusiones.....	72
	Referencias	77
	Apéndice.....	83

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Evolución del concepto de aprendizaje.....	21
Tabla 2 Grupos de edad e incidencia de diabetes infantil.....	54
Tabla A1 Compendio de respuestas del personal médico entrevistado.....	84
Tabla A2 Compendio de respuestas de familiares entrevistados.....	85

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Funciones de la promoción de salud	15
Figura 2 Espiral del conocimiento.....	25
Figura 3. Proceso de gestión del conocimiento	28
Figura 4 Representación gráfica de la dinamicidad del conocimiento.....	34
Figura 5. El diabetómetro	36
Figura 6. Cadena de valor aplicada en hospitales.....	42
Figura 7 Organigrama del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer	49
Figura 8 Guía de entrevista para familiares de pacientes con diabetes infantil y médicos tratantes.....	57
Figura 9 Información brindada a familiares de pacientes con Diabetes Infantil	62
Figura 10 Surgimiento de dudas en casa después de la consulta.....	63
Figura 11 Perspectiva sobre la relevancia de la información a incluir en el manual.....	65
Figura 12 Percepción sobre el tamaño ideal para acceder y usar la guía de manera constante.....	66
Figura 13 Percepción sobre la dificultad de dar información a los familiares con pacientes recién diagnosticados.....	67
Figura 14 percepción del personal médico sobre el tiempo de consulta en relación con la capacitación de tutores.....	68
Figura 15 Percepción del personal médico sobre la relevancia de información que debe tener la guía.....	70

1. INTRODUCCIÓN

El tema del conocimiento no es nuevo, su concepción data desde tiempos de Platón y Aristóteles, sin embargo es en la última década donde las organizaciones han observado que el conocimiento es una poderosa herramienta para mantener la vigencia de su organización frente a los mercados que atiende, toda vez que es una fuente ilimitada de ideas e innovación que cuando se utiliza adecuadamente puede ofrecer la permanencia por periodos más largos de la organización, considerando que la duración de una ventaja sostenible frente a los competidores es cada vez más reducida y en corto tiempo termina siendo parte de los estándares de la industria. En el caso que atañe a este trabajo, una mejor atención para las personas que utilizan sus servicios.

Para Davenport y Prusak (2001), en la realidad actual, *“las empresas se diferenciarán cada vez más sobre la base de lo que saben”* (p.15). Es decir, una empresa destinada a tener éxito tanto en la época actual como en la siguiente década, es aquella que puede ofrecer calidad, innovación, valor y sobre todo rapidez para llegar al mercado.

Basados en la gestión del conocimiento como única ventaja sostenible es posible generar un efecto multiplicador de conocimiento, toda vez que aquel que lo posee al momento de compartirlo con alguien más puede complementarlo y allegarse de ilimitadas expresiones de nuevas ideas.

Desde los orígenes del sector salud el conocimiento se ha transmitido tácitamente a los usuarios de estos servicios, se establece en la década de los 90 un método de información más práctico y estandarizado para todo el país que pudiera ser accesible a todos los pacientes, familiares y personas interesadas para prevenir, cuidar o curar

enfermedades. Se analizó que esta inversión rendía frutos ya que una persona más informada acude con más frecuencia y más a tiempo a los servicios de salud, además de que lleva un estilo de vida más saludable, retrasando así la mortalidad y la morbilidad de las principales enfermedades que afectaban a la población tanto infantil como adulta.

Dicha afirmación, es la base del presente trabajo de investigación, basado en la importancia de retener, explicitar, conservar y transmitir el conocimiento del personal médico del Departamento de Pediatría del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer , como parte principal del proceso de generación de conocimiento sobre Diabetes Infantil. La relevancia de esta investigación consiste en que no se cuenta actualmente con una información establecida para otorgar a los pacientes recién diagnosticados, ninguna información impresa sobre qué hacer ante una emergencia en casa o en la escuela y esto pone en riesgo el adecuado manejo de estos niños cuyo control en etapas tempranas es fundamental ya que repercutirá en su tratamiento de por vida. Debido a la importancia de contar con dichos materiales, se ofrece con éste trabajo un panorama actual y posibles alternativas de solución frente a lo que se vive con respecto a la necesidad de generación de éste conocimiento.

Dentro del primer capítulo: Justificación, se realiza un resumen de la causa que ocasiona la generación del Conocimiento: la Diabetes Infantil, además se enlistan ejemplos que se han realizado con éxito en la Organización. En el capítulo 2 y 3 se establecen los objetivos y planteamiento del problema de esta investigación, respectivamente. En el capítulo cuatro: Marco Teórico, se revisan aspectos teóricos bajo los cuales se fundamenta el análisis posterior, incluyendo conceptos básicos sobre la gestión del conocimiento así

como modelos que sirven de guía para entender este proceso. Se revisan las cuatro etapas del proceso de gestión del conocimiento propuesto por Nonaka y Takeuchi. Al revisar el capítulo cinco: descripción de la organización, se plasma un panorama general de las características del centro de trabajo en estudio, pasando por identificar al producto y cliente principal, así como el mercado que atiende y la capacidad instalada con la que se cuenta. Dentro del capítulo sexto: marco metodológico, se delimita el método de trabajo a través del cual se recolectaron los datos, la descripción de los informantes, el diagnóstico de la gestión del conocimiento de la organización en estudio. En el capítulo 7 Resultados se establece en forma gráfica los resultados obtenidos del instrumento propuesto para esta investigación, Y, finalmente en el apartado de: conclusiones, se clarifica la posición actual que guarda la empresa frente a la gestión del conocimiento, incluyendo observaciones de mejora con lo cual se espera se incrementen los resultados obtenidos después de aplicar una adecuada gestión

1. JUSTIFICACIÓN

La American Diabetes Association (ADA), en su informe emitido en 1997 definió a la diabetes mellitus (DM) como un síndrome clínico dentro del cual se engloban diferentes entidades nosológicas. Este nuevo concepto de enfermedad diabética fue ratificado por la Organización Mundial de la Salud en 1998.

La diabetes mellitus representa hoy en día la primera causa de muerte a nivel nacional, causando cerca de 78 mil defunciones durante 2009 (última cifra oficial emitida por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI) constituye el padecimiento cuya tendencia muestra el mayor ritmo de crecimiento afectando, como todas las enfermedades crónico-degenerativas, a la población adulta de manera particular. No obstante, la edad a la que aparece dicho padecimiento presenta un calendario cada vez más precoz originado por las condiciones de vida marcadas por el creciente sedentarismo y la prevalencia, en aumento, del sobrepeso y la obesidad en proporciones alarmantes entre la población mexicana. En este sentido, el segmento de población de niños y adolescentes no es ajeno al daño causado por la diabetes mellitus, aún cuando las cifras reportadas por la estadística de mortalidad no reflejen el comportamiento general, con cifras a la alza.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) calcula que en el 2015, en el país existen 400 mil niños menores de 15 años con diabetes tipo I y tipo II, es decir que del total de quienes padecen la enfermedad en México, el 5% son infantes, y esa proporción aumentará en los años por venir. La expectativa del crecimiento de la diabetes en los pequeños se basa en otro dato: México ocupa el primer lugar en obesidad infantil a nivel

mundial. Según la Encuesta nacional de salud 2012, el 32% de las niñas y el 36.9% de los niños en edad escolar básica, esto es, entre 5 y 11 años, padecen sobrepeso u obesidad, como resultado de los estilos de vida obesogénicos, incluyendo la ingesta de alimentos con alto contenido calórico.

La diabetes es la segunda enfermedad crónica más frecuente en edad pediátrica. Aunque puede ser de diferentes orígenes, es con mucho (90% de los casos) la Diabetes Tipo 1 la predominante. El número de casos nuevos por año que se diagnostican en este periodo de edad varía mucho según los países y está aumentando en el mundo occidental. En España se estima que existen unos 29.000 menores de 15 años que tienen diabetes. Se ha observado también que el pico de máxima incidencia coincide con la pubertad.

Entre las causas que explican la alta mortalidad generada por la diabetes en México figuran la falta de políticas de prevención y de atención médica, mala asistencia y los altos costos de los tratamientos. La infraestructura hospitalaria es deficiente y las clínicas especializadas en el tratamiento de la enfermedad son escasas. A los pacientes pocas veces se les da una atención integral y a menudo, tras el diagnóstico, se procede únicamente a prescribir medicamentos a fin de paliar los efectos de la alta concentración de glucosa en la sangre.

El tratamiento de la diabetes Tipo I y II en niños y jóvenes se acompaña de implicaciones tanto emocionales, como sociales y, por supuesto, médicas. Para la obtención de unos resultados adecuados el reto está en la labor educativa que realicen, en estrecha colaboración, padres y familiares, equipo de profesionales sanitarios y maestros. La diabetes trasciende al individuo: es una patología familiar y social y, en el caso de los

niños, afecta su entorno inmediato, su desempeño escolar, su participación en la comunidad, etcétera.

Derivado de que esta información no se encuentra al alcance de todas las personas y de que representa un impacto emocional al enterarse de que un miembro de la familia, menor de edad, lo padece, se ha visto la importancia de que exista material en el cual se puedan apoyar los padres ante dudas y donde encuentren consejos médicos autorizados sobre cómo mejorar el tratamiento del paciente y mejorar así la relación con el resto de la familia para que se comprenda cómo será la dinámica familiar a partir de este momento.

Esta afirmación está basada en experiencias anteriores con otros programas de salud como vacunación, nutrición y cáncer infantil en el cual se ha manejado mercadotecnia de la salud con los pacientes mediante manuales, trípticos e información previamente otorgadas en la consulta. Esto reporta mejores manejos en casa lo que garantiza un mejor cuidado del padecimiento y por lo tanto una disminución de ingresos hospitalarios por falta de información.

En la información manejada se prevé que contenga un tratamiento globalizado, es decir que no sea solamente sobre la enfermedad o afectación sino que cumpla con cubrir el resto de situaciones que puede contribuir por ejemplo una atención psicológica adecuada, temas de nutrición, ejercicios específicos y cómo se debe manejar en el entorno del paciente, en este caso de un menor de edad. Por lo tanto cumplir con la idea de la mercadotecnia social es decir, “vender” ideas, actitudes y comportamientos que al final de cuentas se verá reflejado en una disminución de la morbilidad por este padecimiento e

influirá a la familia o núcleos cercanos del paciente a tomar precauciones para no padecer esta u otra enfermedad en un futuro.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

Crear un conocimiento escrito y especializado al alcance de los padres para facilitar el manejo, alimentación, administración de medicamentos y la conexión con los grupos de ayuda mutua y terapias grupales e individual de los pacientes con diabetes Infantil del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer

2.2 Objetivos Particulares:

- Conocer la necesidad de creación del conocimiento que se requiere para el padecimiento de Diabetes infantil
- Plasmar la información necesaria para los pacientes afectados con DM
- Plasmar la información que según el personal médico debe poseer el paciente o tutor, respecto a Diabetes Infantil
- Influir en el comportamiento del paciente y su núcleo cercano, implementando prácticas más saludables de estilo de vida.

2.3 Preguntas de investigación

- ¿Es necesaria la gestión del conocimiento para la atención de pacientes con diabetes infantil?
- ¿El que el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer cuente con medios adecuados para difusión del conocimiento propicia que los padres tengan un mejor manejo de los pequeños con Diabetes Infantil?
- ¿Se relaciona el adecuado manejo de los niños diagnosticados con Diabetes Infantil, con el conocimiento explícito que los padres de familia puedan adquirir a través de información adecuada?

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1. Propositiones

La gestión del conocimiento es necesaria para la atención de pacientes con diabetes infantil basado en experiencias exitosas de otros programas de salud

El que el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer cuente con medios adecuados para difusión del conocimiento propicia que los padres tengan un mejor manejo de los pequeños con Diabetes Infantil

El adecuado manejo de los niños diagnosticados con Diabetes Infantil se relaciona con el conocimiento explícito que los padres de familia puedan adquirir a través de información adecuada.

3.2 Límites de la investigación

La presente investigación es Administrativa, sin embargo por la relación del tema con el aprendizaje se abordan los aspectos psicológicos del mismo con el objetivo de comprender como es que la creación y gestión del conocimiento se puede ver reflejado en el mejor aprendizaje y por ende en acciones que beneficiarían a los pacientes con Diabetes Mellitus Infantil (DM).

La población dentro del estudio son todos los menores de 16 años diagnosticados por Diabetes Mellitus (DM) que se encuentran en control en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer (HENM) al momento de la realización del presente estudio

Se realiza en el HENM ya que es el único Hospital Pediátrico perteneciente a los Servicios de Salud del Estado de Querétaro que cuenta con infraestructura y personal capacitado para la atención y seguimiento de los pacientes diagnosticados con Diabetes Infantil.

4. MARCO TEÓRICO

A lo largo de su historia, la humanidad ha pasado por etapas clave que han significado cambios radicales en la vida de la gente ya que han cambiado la manera cotidiana de vivir. Desde el cambio de una edad media hacia el renacimiento, hasta la evolución del manejo de la información que se está viviendo hoy en día, el conocimiento ha sido clave para llevar a la humanidad a otros niveles.

En la actualidad la información y el conocimiento se han convertido en los activos más importantes para las compañías y su adecuada gestión es cada vez más relevante ya que representa una ventaja competitiva que permitirá que la empresa permanezca y evolucione en un mercado cada vez más globalizado y demandante. La sociedad se ha convertido en una sociedad de información, donde, a través del uso de tecnología, existe una conectividad prácticamente global que permite intercambiar en muy corto tiempo, bienes y servicios.

La vida diaria está rodeada de datos, a los cuales es cada vez más fácil acceder, sin embargo, esta facilidad es lo que hace que el filtrado de los datos y la utilización correcta de los mismos sea de vital relevancia para no perder de vista lo importante.

Es claro que se dio un cambio que propició una sociedad del conocimiento, un cambio en donde los conocimientos empezaron a sobresalir sobre otras competencias, cuando los activos más valiosos cambiaron de maquinaria a mentes. El mundo tiene diferentes fronteras, algunas de ellas territorialmente constituidas, otras de extensiones

ricas en recursos naturales, en tierras fértiles para cosechar y otras con niveles altos de conocimiento. (Pérez y Coutin, 2005)

El evolucionar de las economías cambió junto con estas fronteras y se mudó de las geografías ricas en recursos naturales, de las tierras ricas para cosechar a las fronteras dentro de las cuales el activo más importante es el conocimiento.

Inclusive se puede ver como dentro de los países hay estados que a pesar de no contar con acceso fácil a recursos naturales poseen las mejores economías porque sus habitantes tienen una mayor preparación que sus estados hermanos, de nueva cuenta la educación resulta el engrane que mueve toda la maquinaria y luce como la mejor inversión para todos los niveles que van desde un individuo hasta la naciones. (Minakata, 2009)

El crecimiento acelerado y las tendencias económicas han provocado un cambio de prioridades en los consumidores, quienes tienen mayor accesibilidad a información previo, durante y después de cualquier compra, situación que les permite valor los productos y servicios de manera instantánea.

Estos cambios han permeado en las organizaciones pasando de tener características como la “economía de escala” o de la “especialización de tareas” a un nuevo esquema organizativo para gestionar los recursos humanos que da énfasis especial al cultivo de conocimiento y a la flexibilidad en los procesos productivos permitiendo con esto realizar modificaciones más rápidas en los planes de producción, altos niveles de eficiencia en la fabricación de productos distintos, diversos modelos y volúmenes variables.

En las empresas existen diferentes formas de almacenamiento del conocimiento explícito y, mecanismos para su distribución y difusión, pero, el verdadero reto, es aquel que se tiene en el momento de llegar a una posición donde se tiene el poder y la autoridad conferida de trabajar con personas y su quehacer laboral, por lo tanto se debe administrar estos tipos de conocimiento con el objetivo de difundirlo entre los colaboradores para que desempeñen eficazmente y de mejor manera sus labores.

4.1 Promoción de la salud

La Secretaría de Salud es un organismo que al estar al servicio de la población hace uso de procesos específicos destinados a la difusión y aplicación de conocimiento. Desde la capacitación para su personal: médicos, enfermeras, camilleros hasta la información que difunden por diversos medios sobre enfermedades o virus específicos para su prevención y tratamiento en segmentos clave de la población.

De acuerdo a Hernández (2001), la promoción de la salud es un llamado a la colaboración y participación de la población en la planeación y realización de acciones en torno a la salud, donde pueden prevenir y coadyuvar en el tratamiento de enfermedades crónicas. Se trata, pues, de un proceso a través del cual la comunidad misma pueda enfrentar sus problemas y enfermedades con información relevante y oportuna de tal manera que puedan mantener y/o mejorar su salud ejerciendo un mayor control sobre la misma.

Los programas de promoción de salud más recientes en la Secretaría de Salud enfocados al segmento infantil van en torno a la Prevención y Tratamiento Oportuno del Cáncer en la Infancia y Adolescencia, Vacunación Universal, Guías prácticas del manejo en

el menor de 10 años entre otras. A través de estos programas se ha visto un resultado favorable en la implementación del conocimiento a diferentes niveles de la organización.

Las cinco funciones básicas de la promoción de la salud, de acuerdo a la Secretaría de Salud (2006) y con base en la carta de Ottawa, que data desde 1986 y cuyo objetivo principal es la difusión de la salud para todos, se muestra en la Figura 1 y se describen a continuación.

Figura 1. Funciones de la promoción de salud



Fuente: Secretaría de Salud (2006, p. 27)

- Desarrollar aptitudes personales para la salud. El objetivo de esta función es proporcionar información y herramientas necesarias y específicas para mejorar conocimientos y habilidades que permitan a la población utilizar adecuadamente los servicios de salud y prepararse para las diferentes etapas de la vida y las posibles enfermedades presentes en cada una de ellas.
- Desarrollar entornos favorables. Impulsar a que las personas se protejan entre sí. Para ello, la promoción de la salud incita a la creación de condiciones de trabajo y escolares gratificantes, higiénicas, seguras y estimulantes.

- Reforzar acción comunitaria. Se impulsa la participación de la comunidad para establecer prioridades, tomar decisiones y elaborar acciones para mantener o alcanzar un nivel de salud aceptable.
- Reorientar los servicios de salud. Fomentar que los servicios de salud sean sensibles y muestren respeto a las necesidades interculturales de los individuos.

Desde el 2006 se implementó en México el Modelo Operativo de Promoción de Salud (MOPS) y uno de sus ejes rectores es la capacitación como estrategia para impulsar una nueva cultura de salud (Alcalde-Rabanal, Molina-Rodríguez y Castillo-Castillo, 2013), sin embargo por ser un ente público, los trabajadores que se manejan son miles y no siempre es posible controlar el almacenamiento del conocimiento ya que el sistema presenta muy poca disposición a los cambios. Aunado a esto, surge la problemática de los pacientes de recién ingreso con diabetes mellitus y la escasa información que se tiene sobre el tema.

La conciencia sobre aspectos específicos de salud aumenta cuando la información llega a través de medios de comunicación utilizados en la vida cotidiana, tecnología y multimedia son herramientas útiles en la difusión de campañas de salud. (Choque, 2005)

Se ha visto que en el país no existe una estadística ni una plataforma sobre diabetes infantil a la cual pueden acceder los padres de familia para asesorarse e informarse correctamente; en el Sector Salud no se cuenta con materiales de apoyo a los pacientes de recién diagnóstico por lo cual se considera importante el realizarlo.

México ha tenido éxito en la difusión de la información a través de manuales en el Programa de Prevención y Tratamiento Oportuno del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, en el 2008 se realizó la guía Medica para Padres en donde se refiere la información más esencial de la enfermedad, tratamientos, cuidados en casa, alimentación, entre otros.

En este programa, se estudiaron variables como la adecuada alimentación en niños con quimioterapia lo cual dio como resultado que los pacientes llegaron mejor preparados y no hubo retraso en la atención o periodos largos de espera para poder realizar la atención. Otra variable que se estudió fue la correcta referencia sobre los síntomas que se presentaban en estos pacientes, dio como resultado una mejor y más pronta a tención de la madre a los pacientes ya que detectaba con mayor seguridad los síntomas que son de presencia inmediata en el Hospital, ahorrando traslados innecesarios y tiempo de atención.

A partir de la difusión de esta información las consultas de los médicos se agilizaron ya que no tenían que repetir la misma información y los padres o cuidadores llegaban con preguntas más concisas sobre el padecimiento particular del menor, además se vio reflejado en mejores y más acertados cuidados en casa así como una mayor atención a los tratamientos y necesidades particulares de esa enfermedad.

La presente investigación hace énfasis en la primer función de la promoción de la salud: desarrollar aptitudes personales para la salud en torno a la diabetes infantil; Casos como el de programa de tratamiento y prevención oportuna de cáncer en la infancia muestra un gran beneficio en la gestión de conocimiento ya que además de reportar un beneficio financiero al disminuir las visitas innecesarias se fortalecen los conocimientos en los padres

lo cual los hace sentir seguros respecto a las decisiones que tomen en momentos críticos y permite realizar un modelo de acompañamiento a distancia.

A continuación aportaciones de diversos autores sobre la gestión del conocimiento y las formas de aprendizaje en adultos y en niños pretendiendo con ello dar un aportación al conocimiento explícito de la enfermedad.

4.2 ¿Cómo aprenden las personas?

El aprendizaje es un proceso a través del cual las personas adquieren, retienen y utilizan conocimientos; el objetivo principal del aprendizaje es promover una modificación de la conducta (Luna, 2005a). La calidad del aprendizaje depende de conocimientos, comprensión e información en torno al tema a aprender, el aprendizaje se produce cuando el individuo puede relacionar ideas con lo que ya sabe de forma organizada y concreta. Un indicador esencial para determinar el éxito en el proceso de aprendizaje consiste en la factibilidad de observar cambios en el individuo que aprende.

Existen varias teorías en torno al aprendizaje, a continuación se mencionan dos de ellas:

- Conductismo. La propuesta principal de esta teoría radica en que a toda acción corresponde una reacción, se centra en el estudio de la conducta para controlarla. Parte del supuesto en el que si se plantean los estímulos adecuados con los reforzadores necesarios se obtendrán las respuestas deseadas. En esta corriente de

pensamiento, los conductistas definen el aprendizaje como el apropiamiento de nuevos comportamientos, puntualizando el conocimiento como la adición constante de información, cuya construcción se da en forma lineal. (Luna, 2005a)

Este enfoque formuló el principio de la motivación, que consiste en estimular a un individuo para que éste ponga en acción sus habilidades.

- Constructivismo. Afirma que el individuo es el resultado del ambiente y de destrezas innatas que se construye de manera constante día a día. Sostiene que el conocimiento es una interpretación activa de información con base en experiencias y conocimientos previos y que se ve influenciado en gran medida por el entorno cultural en el que se desarrolla (Luna, 2005b). Así, de acuerdo a esta corriente de pensamiento el aprendizaje se da a través de la práctica, la interacción y la cooperación social.

En el entorno de la diabetes infantil la teoría constructivista ha tenido aplicaciones en México cuando desde los años 70 se propusieron campamentos de verano para niños y adolescentes con diabetes donde mediante actividades didácticas un equipo de nutriólogos, médicos, enfermeras y pedagogos instruyen a niños y adolescentes entre 6 y 16 años sobre la forma correcta de alimentación, la importancia del ejercicio y que hacer en situaciones de cambio como viajes o mudanzas así como la forma en la que deben inyectarse la insulina y verificar su nivel de glucosa (Rodríguez, 2002). El último registro sobre la vigencia de este método de aprendizaje es de 2010 donde el Instituto Mexicano del Seguro Social ofertaba sus propios campamentos en instalaciones de balnearios morelenses (Maguey, 2013).

Actualmente la Asociación Mexicana de Diabetes continua con la oferta de campamentos de verano para niños y adolescentes con diabetes, sin embargo asistir a este tipo de actividades implica un desembolso significativo para una familia promedio. Dado que las personas que se acercan a los servicios de Secretaría de Salud son personas de escasos recursos y que no cuentan con el servicio de alguna de las demás instituciones que conforman el Sector Salud para recibir atención médica, un enfoque conductista para difusión del conocimiento sobre diabetes infantil y un aprendizaje basado en estímulos es la opción más accesible.

4.3 Ciclo de aprendizaje

En las organizaciones, el ciclo de aprendizaje considera distintas modalidades de conocimiento. Huang, Lee y Wang (2000), identificaron tres:

- *Know-what* (saber el qué), hace referencia al conocimiento de los hechos.
- *Know-how* (saber el cómo), hace referencia al conocimiento de los procedimientos.
- *Know-why* (saber el porqué), hace referencia al conocimiento axiomático. Se incluye de forma explícita el conocimiento de los motivos.

Un ciclo esta conformado por varios procesos consecutivos, la aproximación al ciclo de aprendizaje varía de un autor a otro sin embargo la mayoría de los ciclos propuestos responden a las preguntas “saber cómo” y “saber por qué”, teniendo actividades específicas

para dar respuesta a estas interrogantes, tales como experiencia, reflexión, experimentación y nueva experiencia. Esta última acción da pauta para reiniciar el ciclo.

Una vez dadas las premisas anteriores sobre las posibles acciones que dan respuesta a las principales interrogantes del ciclo de aprendizaje, se presenta en la tabla 1 la información condensada de diversos autores sobre la temática.

Tabla 1

Evolución del concepto de aprendizaje

Ciclo de Aprendizaje	Nonaka y Takeuchi 1995	Wiig 1997	O'Dell y Grayson 1998	DiBella y Nevi 1998	Liedowiz y Beckman 1999	Huang, Lee y Wang 1999
Saber cómo	Compartir		Crear			
Experiencia	Crear	Crear	Crear			
Saber por qué		Organizar y esperar	Identificar	Generar o adquirir	Capturar	Crear
Reflexión			Recolectar			
Saber por qué			Organizar		Compartir	Almacenar
Investigación	Justificar	Distribuir	Compartir			
Saber cómo		y combinar	Adaptar	Discriminar	Distribuir	Diseminar
Experimentación	Construir					
Reiniciar el ciclo						
Nueva experiencia	Distribuir	Aplicar	Usar	Utilizar	Manejar	Reusar

Fuente: Delcy (2009, p. 19)

4.3.1 Aprendizaje en niños

En la sociedad del conocimiento y la tecnología, donde la información fluye de manera inmediata entre una fuente y otra, los niños están expuestos a miles de imágenes, textos y datos que contribuyen al cúmulo personal de información y experiencia. Es ahí donde el

papel del padre o tutor tiene crucial importancia, ya que será él quien se encargue de guiar el aprendizaje del niño con base en toda la información disponible a la que tiene acceso.

Para lograrlo, Sánchez (2008), destaca la importancia de fomentar la creatividad infantil, potenciar la capacidad autodidacta, visualizarse como tutores, maestros o incluso médicos que sólo son guías y mentores.

Reforzando lo anterior, el departamento de educación de Estados Unidos (2015) menciona que para obtener un aprendizaje óptimo en los niños es necesario que cuenten con motivación, confianza en sí mismos, curiosidad, cooperación, autocontrol, empatía y persistencia, para ello invitan a los padres de familia o tutores a: dar un buen ejemplo, apoyar a sus hijos, permitir que los niños hagan las cosas por sí mismos, demostrar una actitud positiva hacia la escuela y el aprendizaje y utilizar la disciplina de manera apropiada.

3.3.2 El aprendizaje en adultos

Aspectos esenciales para lograr aprendizaje efectivo en los adultos son: la motivación que tenga el adulto para aprender, el que se crea competente y capaz de hacerlo y el que le imprima un sentido a esa actividad pensando en una proyección a futuro.

Cuando los adultos identifican una necesidad buscan por sí mismos herramientas para aprender a solucionar esa necesidad o problemática, de igual manera si se han confrontado con algún cambio en la vida buscarán experiencias de aprendizaje mientras la consideren relevantes con los cambios vividos. (Baylor University, 1997).

Por último, otro aspecto esencial en el aprendizaje de personas adultas es que éste siempre se relaciona con la experiencia personal de cada uno. Por esto, los contenidos a aprender deben siempre estar vinculados con su contexto, para favorecer así el reconocimiento de diversos aprendizajes que han adquirido previamente en sus experiencias de vida y así relacionarlos con los nuevos conocimientos.

Por lo cual si se aterrizan aterrizamos las formas de aprendizaje tanto de adultos como de niños es fácil observar vemos que el implementar un conocimiento que establezca el manejo del niño con Diabetes, será interesante y útil para el padre ya que es una experiencia cercana y por lo tanto cuidará de los aspectos necesarios para que el menor también lo aprenda basado en lo anterior.

4.4 Gestión del conocimiento.

Los activos intangibles son una influencia significativa en la generación de ventajas competitivas para las organizaciones. Uno de estos activos hace referencia al conocimiento, reconociéndolo como uno los factores más importantes de producción. Por ello, cada vez más organizaciones se centran en su producción, adquisición, conservación y aplicación. (Fierro y Mercado, 2012). El conocimiento es uno de los intangibles más valorados actualmente por las organizaciones; sobre su gestión existen diversas definiciones:

Sánchez y Vega (2006) definen la gestión del conocimiento como una herramienta que a nivel organizacional logra integrar de manera sistemática información valiosa con el propósito de que el conocimiento individual se transforme en conocimiento colectivo y accesible.

Por su parte, Moral et al. (2007) mencionan que la gestión del conocimiento no es sólo una herramienta sino un conjunto de principios, métodos, herramientas y tecnologías que permiten obtener conocimientos precisos en momentos oportunos, contribuyendo a la inteligencia organizacional.

Gestionar el conocimiento involucra la gestión de todos los activos intangibles que aportan valor a la organización con el fin de solucionar problemas de manera eficiente, el gran reto, de acuerdo a Romero (2009), es devolver a las personas la capacidad de pensar y auto-organizarse, de crear conocimiento a partir de información almacenada que pueda ser procesable, útil y explícito.

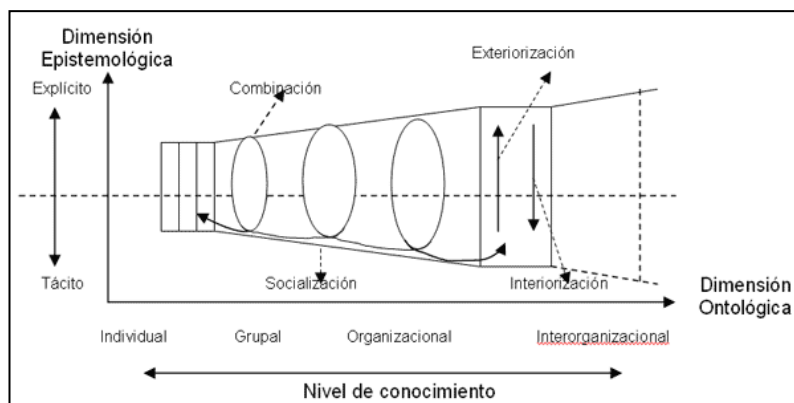
Para Nonaka y Takeuchi (1995) el lograr difundir efectivamente el conocimiento dentro de la organización de manera de manera que se pueda incorporar a productos y servicios es la definición de gestión del conocimiento. Esto implica la integración de múltiples actividades que van desde la creación de conocimiento hasta la incorporación del mismo a distintos ámbitos de la empresa.

En la gestión del conocimiento existen dos tipos de conocimiento a considerar: el conocimiento explícito y el conocimiento tácito (Nonaka y Takeuchi, 1995). El primero describe al conocimiento fácilmente perceptible a través de documentos, bases de datos, entre otros, es el tipo de conocimiento cuya accesibilidad y transmisión es sencilla a través de los medios actuales de comunicación. El conocimiento tácito, presenta dificultades en su formalización y comunicación ya que está conformado por actitudes y conocimientos abstractos o complejos.

Entre el conocimiento tácito y el explícito existe un ciclo de conversión el cual Nonaka y Takeuchi (1995) determinan en su modelo de gestión del conocimiento a través de cuatro procesos (Ver Figura 2).

El nivel de conocimiento va desde lo individual hasta lo interorganizacional y el objetivo final de este ciclo de conversión es lograr que el conocimiento explícito converja con el tácito a través de la interiorización, mientras que el conocimiento tácito debe ser exteriorizado para converger con el explícito.

Figura 2. Espiral del conocimiento



Fuente: Nonaka y Takeuchi (1995, p.83)

Como se observa en la figura 2 existen diversos niveles de conocimiento, es notable que en el ciclo de conversión hay un proceso de combinación y socialización donde tanto el conocimiento explícito como el tácito pasan de un nivel individual a un nivel grupal y organizacional esto significa que la información se ha codificado de tal manera que ha pasado a ser colectiva.

Otro factor importante que destaca del ciclo de conversión son las dos espirales de contenido epistemológico y ontológico ya que hace referencia a un proceso de interacción entre conocimiento tácito y explícito que tiene naturaleza dinámica y continua. Se constituye en una espiral permanente de transformación ontológica interna de conocimiento, desarrollada siguiendo cuatro fases que a continuación se describen brevemente:

1. Socialización del conocimiento (de tácito a tácito), se adquiere conocimiento tácito a través del compartir experiencias con medios orales y tradiciones que amplían el conocimiento a la base colectiva que posee la organización.

2. Exteriorización del conocimiento (de tácito a explícito), El objetivo de este proceso es hacer tangible el conocimiento a través del uso de metáforas con el fin de integrarlo a la cultura organizacional. Es la principal actividad principal en la creación de conocimiento.

3. Combinación del conocimiento (de explícito a explícito), reúne conocimiento explícito proveniente de cierto número de fuentes y lo categoriza, confronta y clasifica de tal manera que se consoliden base de datos que contribuyan a la creación de nuevo conocimiento explícito.

4. Interiorización del conocimiento (de explícito a tácito), Realiza un análisis de experiencias alcanzadas durante la puesta en práctica de nuevos conocimientos. Este proceso permite incorporar el conocimiento en las bases del conocimiento tácito de los miembros de la organización.

Así cuando en una organización prevalece el conocimiento tácito, es difícil su explicación y representación, mientras que cuando se trata de conocimientos explícitos y es posible una representación de ellos, pueden desarrollarse sistemas de auto aprendizaje.

Una forma de visualizar la gestión del conocimiento incluyendo el ciclo de conversión previamente expuesto es la propuesta de Benavides y Quintana (2003) donde se involucra un nuevo elemento que es importante definir: el capital intelectual.

El capital intelectual es un tema, que durante los últimos años ha despertado un gran interés en las empresas, sobre todo en aquellas cuyos beneficios se derivan de la innovación y de los servicios intensivos en conocimiento.

Sánchez, Melián y Hormiga (2007) hacen una revisión profunda sobre las distintas definiciones que hay sobre capital intelectual llegando a la conclusión de que el capital intelectual es el resultado de una combinación de recursos que incluyen el conocimiento del personal, las relaciones con los clientes y los proveedores, los procesos internos y la capacidad para aprender y adaptarse. Hacen mención de que a pesar de no estar reflejados en los estados contables de las organizaciones producen o producirán valor futuro que influirá en la ventaja competitiva de la organización.

Los elementos o dimensiones del capital intelectual son tres:

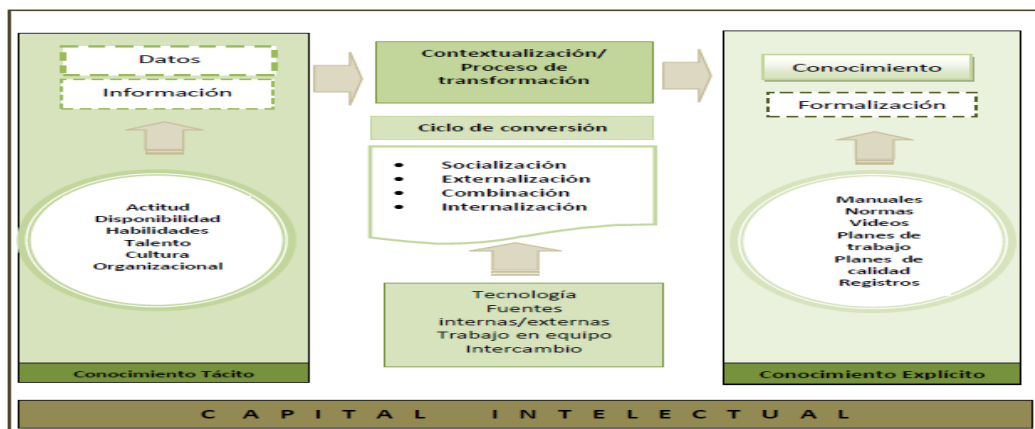
- Capital humano. Villalobos (2010) lo define como aquellos conocimientos, habilidades y actitudes de las personas que conforman la organización. Para Sánchez et al. (2007) el capital humano es la principal fuente de innovación y renovación estratégica, distinguiendo como principales componentes:

las competencias, la actitud y la agilidad intelectual de los colaboradores en la organización.

- **Capital estructural.** Este elemento incluye todos los intangibles no humanos de la organización como la cultura, los procesos internos o las bases de datos (Sánchez et al., 2007). Para Villalobos (2010) son los clientes, a través de los programas de fidelización que la organización vincule con ellos, los procesos y la capacidad de innovación los factores que conforman el capital estructural.
- **Capital relacional.** A diferencia de Villalobos (2010), Sánchez et al. (2007) consideran al capital relacional independiente del capital estructural e incluyen en éste las acciones que generan valor para la empresa a través de sus relaciones con los grupos de interés tanto internos como externos. Por ejemplo, accionistas, proveedores, clientes y comunidad en general.

Una vez aclarado el concepto de capital intelectual es fácil deducir la razón por la cual conforma la base del proceso de gestión del conocimiento. (Ver Figura 3).

Figura 3. Proceso de gestión del conocimiento



Fuente: Benavides y Quintana (2003, p. 56)

La figura 3 muestra ejemplos claros de conocimiento tácito: actitud, disponibilidad, habilidades, talento, cultura organizacional y de conocimiento explícito: manuales, normas, videos, planes de trabajo, planes de calidad, registros. Destaca que el ciclo de conversión entre un tipo de conocimiento y otro es posible con el apoyo de herramientas específicas como la tecnología y el trabajo en equipo.

El establecer métricas cuantitativas para el conocimiento no es fácil, sin embargo la realidad actual exige su medición. Una vez que se ha reconocido la aportación del capital intelectual y su influencia en la generación, difusión y preservación del conocimiento en las organizaciones, se hace necesaria a medición de estos activos intangibles. (Benavides, 2003).

Para facilitar su medición algunos autores identifican la gestión del conocimiento desde la operacionalización de diversas variables. Sánchez y Cegarra (2008) mencionan que la gestión del conocimiento tiene cuatro prácticas clave: Infraestructura técnica, personal capacitado para facilitar el proceso de gestión del conocimiento, un sistema que apoye y premie la difusión del conocimiento con la presencia de un buen liderazgo. Fierro y Mercado (2012) operacionalizan la gestión del conocimiento mediante cuatro dimensiones: socialización, creación, organización y aplicación del conocimiento. Al respecto, definen a la socialización del conocimiento como el conocimiento compartido, es decir, la utilización de conocimientos de la organización mediante la difusión de conocimiento entre las personas con la finalidad de aumentar el valor agregado.

La organización del conocimiento hace referencia a la acumulación, registro y preservación de conocimientos a modo que todos los colaboradores puedan acceder a él. La creación de conocimiento incluye nuevas ideas para el establecimiento de procesos

novedosos en donde los clientes interactúan con la organización para lograr objetivos a partir de la experiencia. Finalmente, la aplicación del conocimiento se refleja en los logros obtenidos a través de la capacidad de individuos y equipos de trabajo que actúan con base en el conocimiento.

4.4.1 Ciclo de Vida del Conocimiento

El ciclo de vida del conocimiento tiene cinco fases principales: identificación, creación, almacenamiento, estructuración y distribución.

De acuerdo a Perego y Miguel (2014) estas fases pueden ser entendidas de la siguiente manera:

Identificación del conocimiento.

Es en esta fase donde se identifican las características o elementos identificativos de los conocimientos que están dentro de la organización. El objetivo es explicitarlos de tal manera que puedan ser comunicados a los todos los miembros de la organización.

Existen varias maneras para identificar los conocimientos, Perego y Miguel (2014) proponen dos: i) identificación de conocimientos clave que apoyan o pueden apoyar a la organización a mantener o establecer una ventaja competitiva y ii) identificación de conocimientos que puedan contribuir a la creación de nuevos productos o servicios.

Una herramienta aplicable en la identificación de conocimiento son las comunidades de práctica, se trata de foros en los que participan aquellos miembros de la organización relacionados o interesados en un tema específico, de tal manera que individuos con

conocimientos similares o relacionados que se laboren en áreas diferentes de la organización compartan la información que poseen y un área aproveche la experiencia y conocimiento de la otra y viceversa.

La identificación de conocimientos deriva en la obtención de un mapa de conocimientos de la organización, entendiendo por ello un documento integrado por los conocimientos detectados, su descripción y sus características.

Crear conocimiento.

En esta fase los conocimientos de expertos son puestos a disposición de la organización con el fin de crear o incorporar nuevos conocimientos no recogidos en mapa de la fase anterior pero que se entienda que son conocimientos potenciales y que la organización cuenta con la capacidad para desarrollarlos.

Perego y Miguel (2014) mencionan que el desarrollo de competencias es una herramienta efectiva en la creación de conocimiento, donde todos los miembros de la organización pueden crear conocimiento individual a través del perfeccionamiento de competencias específicas.

Almacenamiento

Una vez identificado y/o creado, el conocimiento debe ser almacenado. Al recordar lo mencionado por Nonaka y Takeuchi (1995) el conocimiento puede ser tácito o explícito, y al hablar de almacenamiento, el conocimiento explícito es el único susceptible a ser almacenado. Haciendo referencia al modelo de Nonaka (1995) esta fase del ciclo concuerda con la externalización cuyo objetivo es la conversión del conocimiento tácito en explícito.

Dado que el conocimiento es por sí mismo un activo intangible, es necesario transformarlo en estructuras físicas a fin de poder almacenarlo adecuadamente de tal manera que la información y conocimientos almacenados sean accesibles para cualquiera que los necesite sin necesidad de recurrir a la persona o personas que lo originaron. Para lograrlo, una vez que se identifica y/o crea el conocimiento en la organización existen diversos medios para codificarlos como: papel, formatos multimedia, archivos sonoros, bases de datos, entre otras.

Es importante destacar que el almacenamiento de conocimiento va más allá de la codificación del mismo, ya que es necesario interpretarlo y organizarlo para darle un sentido coherente antes de difundirlo.

Así, el principio fundamental de almacenamiento del conocimiento es la accesibilidad de la información tanto para los que conocen como para los que quieren conocer sobre un tema. De tal manera que los recursos y formatos utilizados para el almacenamiento estén al alcance de todos en la organización.

Estructuración del conocimiento.

Esta fase tiene una vinculación estrecha con la fase de almacenamiento ya que al almacenarse, como se mencionó anteriormente, el conocimiento debe estructurarse de manera adecuada. Un almacenamiento simplista y desordenado no presentará utilidad alguna para la organización. Por lo tanto no se trata de dos fases secuenciales sino simultáneas.

Algunos ejemplos sobre las posibles estructuras que puede tomar el conocimiento son dadas por Perego y Miguel (2014) al mencionar: casos prácticos, listado de preguntas frecuentes, relación de fuentes de información accesible a los miembros de la organización, foros, oferta formativa para empleados.

Distribución del conocimiento

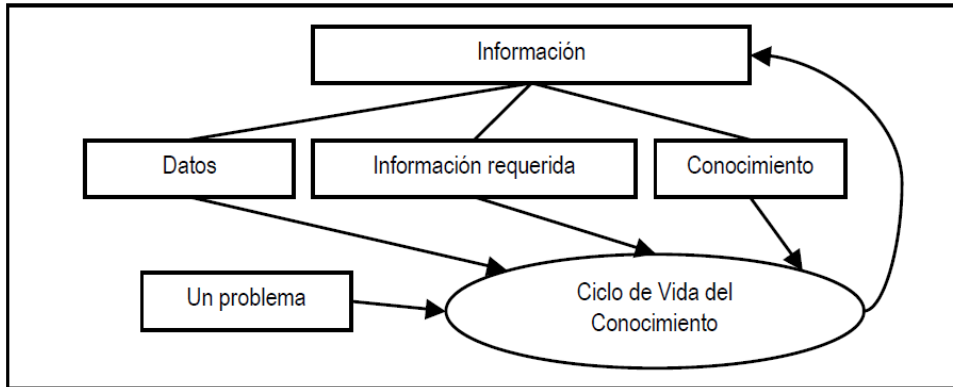
Una vez que el conocimiento ha sido estructurado y almacenado es momento de difundirlo con la finalidad de que las personas que accedan a él puedan complementarlo, modificarlo y enriquecerlo con sus propios conocimientos. De tal manera que las acciones principales en esta fase consisten en intercambiar y compartir conocimiento con la visión de crear nuevo conocimiento.

La distribución del conocimiento puede ser interna (entre los propios empleados de la organización) o externa (con personas que no colaboren con la organización pero que interactúen con ella como clientes o proveedores).

En el primer caso, la distribución interna del conocimiento tiene como finalidad ser un apoyo en el aprendizaje y toma de decisiones de los empleados, mientras que el segundo caso involucra la participación de agentes externos a la organización y el conocimiento puede ser comercializado o ser otorgado sin fines de lucro con miras a beneficios mayores, por ejemplo en hospitales o universidades.

Una vez distribuido el conocimiento ya sea interna o externamente, el reto consiste en mantenerlo, mejorarlo y actualizarlo de manera constante visualizando este ciclo del conocimiento como un modelo dinámico en movimiento y evolución.

Figura 4. Representación gráfica de la dinamicidad del conocimiento



Fuente: Delcy, (2009, p. 21)

Al observar el modelo de la figura 4, se deduce que un problema tiene una influencia significativa en el ciclo de vida del conocimiento, descrito anteriormente, y que los datos, la información requerida y el conocimiento previo son las herramientas esenciales que contribuirán en la evolución constante del conocimiento organizacional aportando oportunidades de resolución para problemas específicos.

4.4.2 Gestión del conocimiento en hospitales.

Como se ha visto la gestión del conocimiento es un aspecto emergente importante para elevar el desempeño y competitividad de las organizaciones. De la misma manera, es importante destacar que la distribución del conocimiento de manera externa es un factor imprescindible en organizaciones de salud como los hospitales, sin embargo el estudio de la gestión del conocimiento y la distribución del mismo en hospitales no ha sido del todo explorado.

Para Juárez et. al (2009) la gestión del conocimiento en medicina hace referencia a la organización y estandarización de la experiencia clínica de los colaboradores médicos en información accesible y útil para todos. El uso de software, tecnología y bases de datos son factores que se identifican como primordiales en la gestión del conocimiento en organizaciones de servicios de salud. (Fierro y Mercado, 2012; Juárez et. al, 2009; Sittig et. al, 2010). De igual importancia destaca el contar con un equipo multidisciplinario que sea capaz de identificar, compartir y mantener el conocimiento. (Sittig et.al, 2010; Ju, Soon y Young, 2014; Griffith et. al, 2013)

Fierro y Mercado (2012) reiteran esto al mencionar que los hospitales del Estado de México, donde llevaron a cabo su investigación, tienen una gestión del conocimiento parcial debido al poco o nulo acceso para usuarios internos de bases de datos y reportes de experiencias negativas y positivas por parte del usuario, de acuerdo a su percepción, el contar con esta información evitaría errores repetidos y favorecería los aciertos.

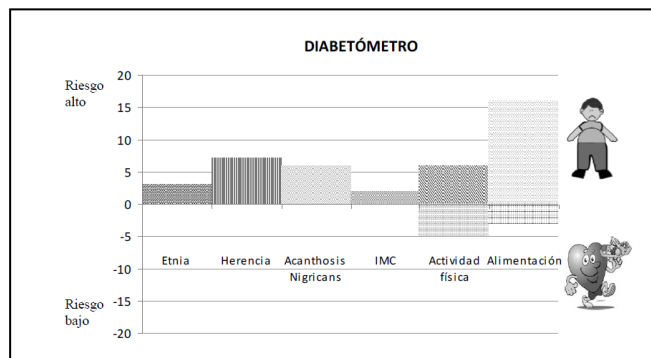
Por su parte, Ju et. al (2014) se enfocan en resaltar el papel del recurso humano en la gestión del conocimiento en hospitales y clínicas mencionando la importancia de generar y mantener una cultura organizacional de aprendizaje y distribución del conocimiento. Griffith et. al (2013) refuerzan este pensar al mencionar que la gestión de conocimiento entre los trabajadores de hospitales permanece como un proceso competitivo a través de comunicación frecuente, mantenimiento y actualización de contenido y distribución del mismo de manera redundante.

Ejemplo de conocimiento explícito en el ámbito de la diabetes es el propuesto por Cortés et. al (2014) con el diabetómetro, una herramienta para poner en contacto a los niños con que padecen esta enfermedad con la enfermedad misma de tal manera que puedan

contribuir con el apoyo de padres de familia a controlarla. El diabetómetro consiste en un histograma que representa seis categorías de riesgo: alimentación, actividad física, índice de masa corporal, *acantosis nigricans*, herencia y etnia. Las puntuaciones de dichas categorías indican riesgo o protección. (Ver figura 5)

El objetivo en esta fase de distribución de conocimiento y promoción de salud es lograr que las familias, y sobre todo los niños, generen conciencia de la enfermedad y establezcan metas con ayuda del médico para mejorar los indicadores de riesgo con alimentación balanceada, ejercicio, etc.

Figura 5. El diabetómetro



Fuente: Cortés et. al. 2014. Pág.6

Es fácil observar que el diabetómetro pretende ser una herramienta que contribuya a controlar la enfermedad a través del aprendizaje tanto en niños como en adultos sobre diabetes de tal manera que puedan modificar conductas que mejoren su calidad de vida a través del conocimiento.

4.4.3 Prácticas de Valor

Al considerar al hospital como una organización, se debe hacer referencia a ella como una organización de servicios. Donde se valora, desde la percepción del paciente, tanto producto como proceso y es el mismo paciente quien se convierte en un componente fundamental en la producción del servicio hospitalario; ya que si bien el médico es el proveedor de conocimiento es sólo gracias al seguimiento de indicaciones y acciones de prevención que el paciente mantiene o mejora su salud.

Dicho lo cual, un hospital puede agregar valor a sus servicios de diversas maneras, pero la de mayor impacto es aquella que basa en agregar valor a las relaciones que, como organización, mantiene. (Barrios et. al, 2011) Estas relaciones no sólo se enfocan en los pacientes, sino también en los proveedores y en los trabajadores del hospital.

Las prácticas de valor son elementos por los cuales las organizaciones alcanzan el rendimiento más alto para mantener una ventaja competitiva sobre las demás organizaciones. En el mundo privado, las prácticas de valor tienen un enfoque particular en generar beneficios / utilidades económicas con respecto a la competencia, en el mundo público, como lo son los hospitales públicos, el interés del estado y/o de seguridad social es generar, a través de prácticas de valor, valor público. (Barrios et. al, 2011).

Las mejores prácticas de valor en instituciones hospitalarias públicas son, de acuerdo a Barrios et. al. (2011) aquellas ligadas con un liderazgo integral, Compromiso, Responsabilidad y Transparencia.

Además de las características enlistadas, cabe destacar que es imprescindible encontrar procesos interdepartamentales e intercalados que sean significativos en el contexto donde se desarrolla la empresa.

Dado que la investigación gira en torno a una institución pública, las prácticas de valor no son aquellas que generen mayor rentabilidad en el negocio, como en el caso de la iniciativa privada, sino aquellas que tengan satisfechos a empleados, clientes, acreedores y contribuyan a mantener un equilibrio presupuestario. (Barrios et. al, 2011)

Anderson y Narus (1999) mencionan que la auto-inspección, la descentralización de los recursos, el mejoramiento en la eficiencia y el mejoramiento en el servicio al cliente son los principales beneficios de contar con prácticas de valor en la empresa. Para Porter (2012) toda práctica de valor utiliza insumos adquiridos, recursos humanos, alguna clase de tecnología y genera información.

En esta investigación, el interés en las prácticas de valor radica en el mejoramiento en el servicio al cliente a través del conocimiento y la generación de información.

4.4.4 Cadena de Valor de Porter

La Cadena de valor, es una herramienta que, a pesar de ser diseñada originalmente para sectores industriales, actualmente puede ser aplicada para representar de manera sistemática las actividades de cualquier organización. Sin embargo, dado que su objetivo es identificar actividades que puedan ser la ventaja competitiva de organizaciones (entendida como aquella que contribuya a la rentabilidad de las mismas), el uso de la herramienta para analizar el valor público que es el objetivo de instituciones gubernamentales difiere un poco

de la propuesta original. A continuación se describe como está conformada la cadena de valor y sus posibles vinculaciones con un hospital.

Toda cadena de valor está conformada por dos grandes grupos de actividades: primarias y de apoyo.

Las Actividades Primarias son aquellas que directa o indirectamente hacen contacto con los clientes al momento de venta o entrega de servicios. Su funcionamiento adecuado va a depender de las actividades de apoyo, que se explican más adelante.

En general, las actividades primarias, tienen que ver con el desarrollo del producto, su producción, las acciones de logística y comercialización y los servicios de post-venta. Porter (2012) propone cinco categorías genéricas de las actividades primarias que con base en la ejemplificación de Osorio (2011) y Melgar (2000), que se puede observar en la ilustración 6, se describen a continuación:

- Logística de entrada. Hace referencia a la recepción, almacenamiento y distribución de insumos. En el caso del hospital, se puede vincular con el área de admisión donde se documentan, codifican y atienden los pacientes.
- Operaciones. Son las acciones a través de las cuales se transforman los insumos en el producto final. Para Osorio (2011) este eslabón está representado en los hospitales como el área de urgencias donde estabilizan, diagnostican y tratan al paciente.
- Logística de salida. Hace referencia a las actividades por las que se obtiene, almacena y distribuye el producto entre los clientes. En el hospital, los

productos tangibles a los que el paciente tiene acceso son la farmacia, laboratorio e imágenes radiológicas.

- **Mercadotecnia y ventas.** Son las actividades a través de las cuales el cliente puede comprar el producto y la organización inducirlo a hacerlo. Servicios médicos de planificación, diagnóstico y tratamiento son el eslabón que define esta actividad en los hospitales. Hace referencia a una mercadotecnia social y promoción de salud en vez de enfocarse en las ventas.

- **Servicio.** Actividades que valoran o conservan el valor del producto o servicio que se oferta. Para Osorio (2011) los servicios quirúrgicos son las actividades representativas de este eslabón. Sin embargo, también podrían ser las capacitaciones, congresos y conferencias a las que asiste el personal médico o los mejoramientos en instalaciones, tecnología y equipo para la atención del paciente.

Las Actividades de apoyo, son aquellas que soportan a las actividades primarias y se dividen en cuatro categorías principalmente que se describen brevemente a continuación y a manera general se componen por la administración de los recursos humanos, compras de bienes y servicios, desarrollo tecnológico e infraestructura empresarial.

- **Adquisición.** En estas actividades se contempla toda aquella compra de materias primas, suministros, combustibles, activos como maquinarias, equipos de apoyo a las actividades de la organización en la producción como en la prestación de servicios. En el caso de hospitales públicos, el valor reside también en la calidad de los productos adquiridos, especialmente cuando esos productos van a representar un beneficio para el usuario final o paciente, claro ejemplo de ello son

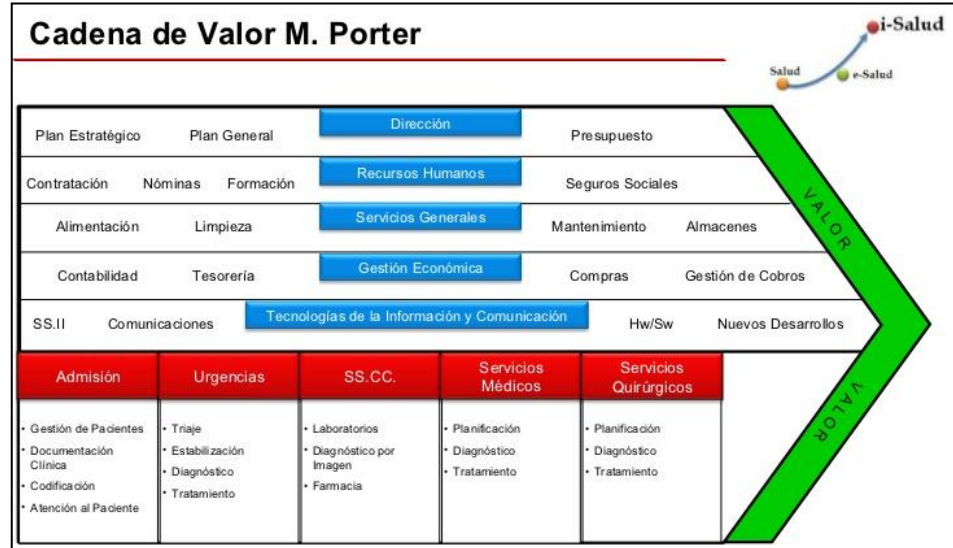
medicamentos, jeringas, y cualquier otro material médico-quirúrgico que al momento de su uso coadyuve con la adecuada prestación del servicio entre el médico y/o enfermera y el paciente.

- Desarrollo tecnológico. Hace referencia a los procedimientos prácticos, métodos o tecnología integrada en equipos y procesos de la organización. La tecnología de la información y comunicación es un ejemplo del uso tecnológico en hospitales.

- Administración de recursos humanos. Actividades relacionadas con reclutamiento, selección, contratación y compensación de todo tipo de personal. Nóminas, prestaciones y bonos son elementos que se consideran para el personal que labora en hospitales públicos.

- Infraestructura organizacional. Hace referencia a la administración general, planeación, asuntos legales y administración de calidad. El plan estratégico y general a cargo de la dirección del hospital así como el buen uso y gestión de los recursos otorgados por el presupuesto estatal y federal comprenden este eslabón.

Figura 6. Cadena de valor aplicada en hospitales



Fuente: Osorio (2011, p. 79)

El conocimiento de toda organización está conformado por varios elementos entre ellos, las prácticas de valor que a su vez conforman la cadena de valor. Y para poder potenciarlas, transferirlas, compartirlas y alinearlas a las estrategias del negocio, es necesario primeramente, identificarlas.

De acuerdo a Barrios et. al (2011) los procesos en cualquier organización enfocada a servicios de salud deben estar orientados a los usuarios, sus problemas de salud y el mejoramiento continuo en la calidad de atención, por lo tanto la cadena de valor central debe responder a estas exigencias. Barrios et al. (2011) proponen que una cadena de valor efectiva en organizaciones de salud debe evolucionar de funciones directivas centralizadas a descentralizadas, involucrar equipos multidisciplinarios en la gestión de conocimiento y por consecuencia en la gestión de procesos.

El objetivo de identificar las actividades de valor es simplificar las acciones de los involucrados en cada proceso de tal manera que se elimine todo aquello que no agrega valor y se reduzcan los tiempos de ejecución de las tareas y procesos.

Lamentablemente en instituciones públicas de salud la estructura organizacional es generalmente jerárquica lo cual limita en muchas ocasiones el enfoque hacia el usuario final. Barrios et al. (2011) comentan que de organizarse en torno al proceso y no a la línea jerárquica permitiría entender al hospital como parte de un sistema, cuya principal forma de agregar valor es la satisfacción de los pacientes. La visión holística y participativa es, para estos autores, la práctica de valor elemental sobre la cual se debe construir la cadena de valor misma. Si el enfoque esta en los usuarios finales se debe incentivar a la participación, responsabilidad y compromiso de todos los profesionales que intervienen en los procesos así como de los usuarios mismos como co-creadores del servicio, ya que el beneficio final es mayoritariamente representativo en la calidad de vida del usuario (paciente).

5. DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

5.1 ¿Qué es Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer (HENM)?

La Secretaría de Salud es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal que para el cumplimiento de sus objetivos, realiza las siguientes funciones: Tiene la facultad de vigilar el cumplimiento de la Ley de Salud para el Estado de Querétaro, cuyos principales objetivos son los de proporcionar servicios de salud a toda la población del Estado a través de sus Unidades de Aplicación, tales como centros de salud y unidades Hospitalarias.(Manual de Organización de los Servicios de Salud del Estado de Querétaro, 2007).

Dentro de éstas se encuentra el Hospital de especialidades del Niño y la Mujer el cual se dedica a atender a la población infantil y las necesidades maternas de la población femenina del Estado.

Después de una evaluación, del proyecto para ampliar la estructura hospitalaria de los Servicios de Salud del Estado de Querétaro, se detectó la necesidad de reforzar la atención en el área de especialidades médicas de pediatría y medicina perinatal, ya que los estudios epidemiológicos demostraron que la demanda del 77% de atención se encontraba ubicada en estas dos especialidades otorgadas por el Hospital General de Querétaro y Materno Infantil. Siendo el 60% de los egresos de obstetricia y el 17% de pediatría.(Sistema de Información SESEQ, 2015)

El Hospital Materno Infantil había tenido una gran demanda de servicio, lo que significaba que rebasaría la capacidad instalada , el Hospital General de Querétaro,

otorgaba atención perinatal y pediátrica, los estudios realizados mostraron necesidades superiores a la capacidad instalada. Por esta razón se planteó como alternativa de solución, integrar los servicios de ambos hospitales, ampliando su capacidad estructural y optimizar los recursos humanos que ya existían para no duplicar funciones y lograr un nuevo concepto de servicio.

El Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer superaría el concepto que prevalecía en lo referente a la atención de eventos relacionados con el nacimiento y los cuidados del recién nacido, este nuevo proyecto resolvería los problemas de salud infantil, desde el neonato hasta los 16 años menos un día de edad y en lo que se refiere a la mujer, resolvería la esfera reproductiva y además las enfermedades propias del género en sus diferentes edades y etapas de la vida.

Agregado a esto las unidades de cuidados Intensivos para neonatos y pacientes pediátricos también sufrirían modificaciones para aumentar su capacidad. Este proyecto se insertaría dentro de una solución global a la problemática de atención de 2º Nivel en correlación con las acciones de primer nivel. La propuesta social se cumplía, porque, al integrar la atención a la salud de la mujer y el niño, en esta nueva unidad, se fortalecería a su vez la atención en el Hospital General de Querétaro, específicamente en los servicios de medicina interna y cirugía y 24 sub especialidades derivadas

Esta unidad hospitalaria de 2º Nivel de Atención, basada en una filosofía de mejora continua inició sus actividades el día 10 de octubre del año 2002. Está considerado como un hospital de referencia y atiende no sólo a la población queretana, su ubicación resuelve en gran parte las necesidades de atención médica de poblaciones que corresponden a los

estados de Guanajuato, San Luis Potosí, Hidalgo y Estado de México. Cuenta con 120 camas censables de las cuales 60 pertenecen al servicio de Gineco-Obstetricia y 60 a Pediatría, además 89 no censables. La plantilla general está conformada por 702 trabajadores.

Construido sobre una superficie de 12,328 M2, esta unidad tiene una construcción total de 9,924 m2 y se conforma por 3 edificios que en lo sucesivo mencionaremos como A, B y C. En el edificio A Planta Baja se localiza la consulta externa consta de 12 consultorios, el laboratorio clínico, sanitarios para usuarios externos, caja, oficina de trabajo social, 2 módulos de atención al público, en la Planta Alta se encuentra el Auditorio, área de comedor para empleados y las oficinas de la Dirección de Servicios Hospitalarios, así como las oficinas de Jefatura de enfermería, Trabajo Social y Psicología.

El edificio B tiene cuatro niveles, dos alas, oriente y poniente, en el sótano o basamento se ubican las oficinas del cuerpo de gobierno de la unidad, el Departamento de Enseñanza, Capacitación, investigación y Calidad, el Departamento de Recursos Humanos, Departamento de Finanzas, el servicio de Imagenología, la Farmacia, Archivo Clínico, el Departamento de Nutrición, Banco de leches, Cocina, Comedor para trabajadores y la Central de Equipos y Esterilización, Sala de Preparación de Nutrición Parenteral, sanitarios para personal y usuarios externos e internos.

La Planta Baja del Edificio B contiene el servicio de Urgencias con un cubículo de choque, yesos y curaciones, un Módulo Mater, consultorio de pediatría, observación IRAS, Hidratación, Medicina Interna.

La Unidad Quirúrgica con 3 quirófanos, sala de recuperación, Sub-Ceye, Unidad Toco Quirúrgica con 2 salas de parto, 1 quirófano, área de labor con 6 camillas y 8 camillas de recuperación.

Una sala de descanso médico, una oficina de recepción, por el lado norte la entrada principal al edificio “B”, los accesos a elevadores que abren por el lado norte y sur, por este último se localiza el área de acceso para ambulancias.

El Primer Piso corresponde a hospitalización gineco obstetricia y la unidad de cuidados intensivos adultos consta de 60 camas, distribuidas en salas de 3 y 4 camas además de 12 habitaciones individuales para pacientes aisladas, más las 3 camas de UCIA, descanso de becarios.

El Segundo Piso está asignado al servicio de Hospitalización Pediatría, cuenta con 60 camas, en ala poniente se localizan los servicios de neonatos con sub servicios de UCIN, UCIREN, Cuneros Patológicos Interno y Externo e Incremento de Peso y pediatría con los sub servicios de UTIP, UTINP y en ala oriente se ubican los servicios pediátricos de Cirugía, Medicina Interna, Diálisis, IRAS, Cirugía Ambulatoria, y ludo terapia.

En el edificio C se encuentran ubicados intendencia, mantenimiento, almacén, área de recopilación de residuos peligrosos biológico infecciosos (RPBI), el mortuorio, cuarto de máquinas y la planta tratadora de aguas residuales.(Manual de Organización del HENM, 2015).

5.2 Principales usuarios

Actualmente la Secretaría de Salud atiende, por medio de los centros de salud, a las personas de escasos recursos y que no cuentan con el servicio de alguna de las demás instituciones que conforman el Sector Salud para recibir atención médica. Además cuenta con Hospitales de 2do y 3er nivel de atención dotados de Infraestructura y personal capacitado para tratar toda clase de enfermedades.

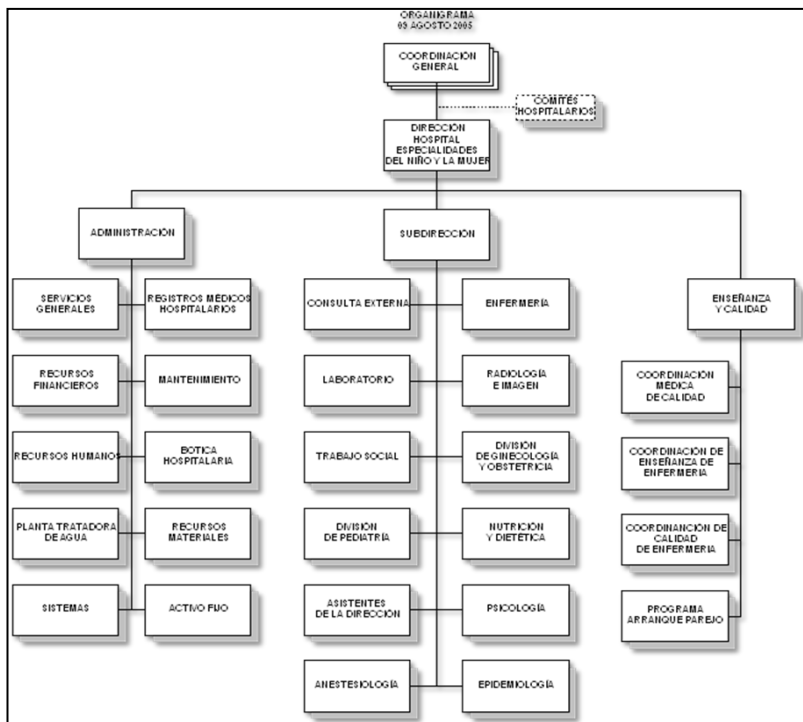
En el Estado de Querétaro se atiende a más de 1 millón de personas en los diferentes centros de salud y Hospitales pertenecientes a los Servicios de Salud. De esa población el 40 % corresponde a menores de 16 años con lo cual se estima que de esa población el 20% será seguramente paciente del HENM en alguna ocasión durante su infancia y adolescencia. Esto se compara con la cantidad de médicos y enfermeras que se encuentran laborando en dicho hospital alcanzando una relación de 1: 200. Lo cual si en cifra se observa muy baja la proporción se justifica ya que no todos los pacientes destinados se encuentran al mismo tiempo en las instalaciones destinadas a su atención.(Sistema de Información SESEQ, 2015)

5.3 Principal producto

Para fines de esta investigación se analiza el principal Producto del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, el cual es el otorgar atención integral para la salud de la población pediátrica y gineco-obstétrica, realizando acciones preventivas, terapéuticas y educativas, de manera efectiva y oportuna, además de ser reconocido por la ciudadanía como un equipo de profesionales comprometidos por la salud materno infantil del estado con Integridad, Honestidad, Respeto, Efectividad, Equidad y Actualización.

5.3.1 Organigrama

Figura 7 Organigrama del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer



Fuente: Manual de organización del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer (2015)

5.4 Descripción del departamento en estudio

El departamento en estudio para la realización de este trabajo es el Departamento de Pediatría el cual cuenta entre sus funciones con las siguientes:

- Colaborar con los servicios correspondientes para la prevención de padecimientos de la especialidad de pediatría.
- Organizar y coordinar los servicios médico pediátricos del servicio en base a las diferentes especialidades y áreas con que cuenta el hospital.
- Coordinar las actividades con el servicio de gineco-obstetricia para la atención del recién nacido por parte del personal especializado.
- Vigilar que se efectúen adecuada y oportunamente las indicaciones terapéuticas para los pacientes pediátricos, contenidas en el expediente clínico.
- Impartir y coordinar la enseñanza teórico-práctica del personal médico y paramédico adscrito a este servicio así como promover la investigación en salud pública en el ámbito de la especialidad pediátrica.
- Establecer un sistema de información que permita a las autoridades del hospital, conocer el desarrollo de las actividades en este servicio.
- Dar cumplimiento en tiempo y forma a los programas establecidos por normatividad en la unidad.

Actualmente se atiende a 60 niños y adolescentes con el padecimiento de Diabetes Infantil, en esta unidad se les diagnostica, se da tratamiento médico, seguimiento al mismo, tratamiento psicológico, tratamiento nutricional, práctica de activación física, talleres y grupos de ayuda mutua.

Al ser un programa relativamente nuevo, ya que anteriormente se trataban de forma aislada e individual, se han visto vacíos en el aprendizaje de los padres y los pacientes, es decir, el médico tienen que repetir indicaciones en cada consulta médica lo cual no es lo deseable, ya que se necesita de un seguimiento puntual para poder ver avances en el tratamiento y compromiso por parte del paciente y su familia.

6. MARCO METODOLÓGICO

6.1 Método

El presente trabajo se formuló siguiendo lo establecido en una investigación de tipo cualitativo. Para dar cumplimiento al objetivo se hace necesario recoger, analizar e interpretar datos que no van a ser medidos con técnicas estadísticas sino más bien se trata de datos extraídos de las vivencias personales de los entrevistados, los cuales están cargados de percepciones, visiones personales, actitudes, etc. elementos que son poco medibles con las técnicas conocidas en la actualidad. (Hernández et al., 2014). Es una técnica de carácter exploratorio, con lo cual se pretenden ahondar en la información directamente extraída de los expertos, muy útil cuando no existen escritos previamente sobre el tema en particular, o bien se requiere la información de un especialista o para enriquecer a otras fuentes complementarias. Para el caso de esta investigación, la información necesita provenir directamente de los involucrados, es decir, se diseñaron dos guías de entrevistas, una aplicada al personal directivo quienes promueven y toman decisiones con respecto a la gestión del conocimiento, y una segunda guía aplicada al personal usuario del Departamento de Pediatría.

De acuerdo con Hernández et al. (2014, p.12) *“los estudios cualitativos involucran la recolección de datos utilizando técnicas que no pretenden medir ni asociar las mediciones con números, tales como observación no estructurada, entrevistas abiertas, revisión de documentos, discusión en grupo, evaluación de experiencias profesionales, interacción con grupos o comunidades”*... etc. Para este tipo de estudio, Patton (1990) define a los datos cualitativos como *“descripciones detalladas de situaciones, eventos,*

personas, interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones” (p.45). La razón de la utilización de esta técnica de investigación es que se busca comprender el fenómeno de estudio dentro de su ambiente usual, es decir, de cómo vive, se comporta y actúa la gente, cómo piensa, cuáles son sus actitudes, etc. (Hernández et al., 2014). Con lo cual se pretende plasmar en esencia el conocimiento que se tiene en la organización pero que no se encuentra impresa y así sea utilizada por los usuarios para mayor beneficio del paciente. Los estudios cualitativos se desarrollan bajo un proceso inductivo, con el cual se exploran, describen y posteriormente se generan perspectivas teóricas o conclusiones, que van de lo particular a lo general. El presente trabajo también se trata del desarrollo de un estudio de tipo descriptivo, ya que con ello se tiene un panorama general del objeto de estudio ante una situación en particular, en este caso, la situación que presenta la organización frente a la gestión del conocimiento (Hernández et. al, 2014).

En la Atención Primaria en la Salud las acciones pueden cambiar las formas de pensar y actuar de los protagonistas: los pacientes y los que los atienden; o el contexto social puede producir movimientos que generan modificaciones en la interrelación comunitaria, todo lo cual necesita ser valorado con información profunda y propia de cada lugar de incidencia

Como la asistencia sanitaria y de la comunidad en la Atención Primaria de la Salud se desarrolla mediante acciones directas, se obtiene información en ese nivel que mide fundamentalmente el incremento de los casos vistos y la morbilidad por demanda; pero no reflejan la verdadera problemática psicosocial que sufre la población que asiste, sin embargo, al utilizar técnicas cualitativas se puede lograr una retroalimentación de lo que

dice y piensa esa población, como pueden ser con las entrevistas rápidas con informantes clave o las reuniones comunitarias. Esta información no solo se refiere a la morbilidad existente, sino también a toda la gama de problemas psicosociales que afligen a la gente en esos momentos y que afectan a la sobrevivencia o subsistencia de ellos.

Los entrevistados corresponden al personal de salud y pacientes que se encuentran directamente afectados por la falta de gestión del conocimiento en la organización ya que según lo descrito no se cuenta con mejor información directa sobre el tema a abordar.

A causa de ello y con base en los antecedentes descritos se decide realizar el presente estudio, el cual está enfocado a lograr una retroalimentación con el fin de deducir si es o no oportuno y útil la implementación del conocimiento propuesto, por el método cualitativo, además apoyado en la gran experiencia sobre Investigación en Salud que se tiene con anterioridad.

6.2 Población y Muestra

Actualmente la población de pacientes en control por Diabetes mellitus en el HENM asciende a 60 menores de 16 años los cuales se desglosan de la siguiente forma por grupo de edad e incidencia:

Tabla 2 *Grupos de edad e incidencia de Diabetes Infantil*

Grupos de edad	Incidencia
0 a 4	10
4 a 8	20
8 a 12	15
12 a 16	15

Fuente: Censo de niños con Diabetes HENM, (Oct. 2015)

Aunado a esto, se cuenta con un equipo de 20 profesionales de la Salud los cuales son los responsables del tratamiento integral y seguimiento de estos pacientes. Entre los cuales hay médicos especialistas, médicos generales, enfermeras, trabajadoras sociales, nutriólogos, psicólogos, promotores de deporte y actividad física así como personas de la sociedad civil que intervienen en acciones específicas con los pacientes.

Para efecto de este estudio los datos se recolectaron los días lunes, miércoles y viernes, de la 1era y 2da semana de Noviembre del 2015, en un horario de 16 a 18 horas en la sala de espera del HENM a todo el personal médico y padres de familia relacionados directamente con la atención del menor diagnosticado con Diabetes Infantil, que se encontraron dispuestos a colaborar con esta investigación, y representan los *sujetos* de estudio. De acuerdo con Hernández et al (2014, p.125) “para el enfoque cualitativo utilizado, la muestra es la unidad de análisis sin que necesariamente sea representativa del universo o población que se estudia”.

6.3 Herramientas

Para la obtención de la información necesaria y conocer las áreas de oportunidad en gestión de conocimiento que se tienen en el área de Pediatría del HENM se hizo uso del siguiente método de investigación:

“Entrevista directa: Es la comunicación establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto” (Hernández et al., 2014, p. 179).

Debido a que la entrevista es uno de los métodos más conocidos ya que es de fácil aplicación y permite obtener información concreta y directa de las personas involucradas, se ha decidido utilizar como método de esta investigación. La guía de entrevista consta de 5 preguntas. En este caso particular se realizaron dos formatos diferentes, uno para los pacientes y familiares y el otro para los profesionales de la Salud que se involucran en el tratamiento y seguimiento de los pacientes.

6.3.1 Instrumentos de Recolección de Datos

Guía de Entrevista: La instrumentación consiste en el diseño de un documento elaborado para medir opiniones sobre eventos o hechos específicos. Se basa en una serie de preguntas. En una entrevista las respuestas a las cuestiones pueden escribirse en la cédula de entrevista o puede llevarse en una interacción cara a cara.

La guía de entrevista se realizó al personal médico y familiares de los pacientes, las preguntas son abiertas, con el objetivo de obtener información relevante que ayude conocer la situación actual y que sirva de parámetro para el desarrollo del manual para los familiares y el paciente con diabetes Infantil.

Figura 8. Guía de entrevista para familiares de pacientes con diabetes infantil y personal médico tratante.

<p><i>Entrevista para familiares de pacientes con diabetes infantil:</i></p> <ol style="list-style-type: none">1.- ¿Considera que la información que le dan en la consulta es suficiente?2.- ¿Cuándo está en casa recuerda dudas que querías preguntar en consulta?3.- ¿Cree que le sería útil una guía del cuidado de un niño con Diabetes Infantil y por qué?4.- ¿Qué información sería de mayor utilidad?5.- ¿Qué tamaño cree que sea práctico para poder llevar el manual y tenerlo a la mano todo el tiempo necesario? <p><i>Entrevista para personal médico</i></p> <ol style="list-style-type: none">1.- ¿Qué tan difícil considera que es darle la información completa al tutor de un paciente recién diagnosticado con Diabetes infantil?2.- ¿El tiempo en consulta es suficiente para capacitar al tutor en el manejo del menor?3.- ¿Frecuentemente repite información una consulta a otra?4.- ¿Considera que un material escrito con las recomendaciones básicas, facilitaría la transmisión de información hacia el paciente?5.- ¿Qué información considera que debe contener este material?

Fuente: Elaboración propia

6.3.2. Validación

a) La validación de este instrumento consistió en la revisión del mismo por parte de personal médico perteneciente al HENM (pediatras y médicos generales encargados de las áreas de calidad y consulta externa), este personal es ajeno al servicio y no se encuentra en contacto con el paciente diabético, sin embargo conoce la problemática a la que se enfrentan tanto los padres como los

pacientes de recién diagnóstico. Se propone este personal debido a que es un personal imparcial, que conoce la problemática y puede dar su punto de vista técnico respecto a la herramienta a utilizar en esta investigación. se tomaron en cuenta observaciones sobre el instrumento para su versión final.

b) Prueba Piloto: Se realizó a un médico en contacto directo con los pacientes de Diabetes infantil, una Enfermera adscrita a piso de internamiento en el área destinada a Diabetes Infantil y dos padres de familia con un menor diagnosticado en los últimos 6 meses.

c) Las pruebas resultaron claras, precisas y adecuadas por lo que se procedió a la aplicación de la prueba definitiva. En este caso no se encontraron observaciones por parte del personal que realizó tanto la validación como la prueba piloto.

6.3.3 Aplicación del Instrumento

La entrevista se realizó, como se encontraba programado durante la 1era y 2da semana de Noviembre del 2015 los días Lunes, Miércoles y Viernes en un horario de 16 a 18 horas al personal médico y padres de familia relacionados directamente con la atención del menor diagnosticado con Diabetes Infantil, que se encontraron dispuestos a colaborar con esta investigación.

Durante la aplicación de la entrevista no se encontró con ninguna problemática o situación que ocasionaran la suspensión de la misma. Se realizaron 20 entrevistas a familiares y 10 entrevistas a personal médico, los cuales se encontraron dispuestos a colaborar en todo momento.

6.4 Trabajo con los resultados

Debido a que como se ha mencionado anteriormente los resultados obtenidos de una investigación como ésta, que se encuentra realizada con el método cualitativo, están basados en experiencias vivenciales de cada una de las personas entrevistadas, se consideró que la mejor manera de realizar el análisis de resultados es mediante una narración en la cual se colocaron los puntos en común y aquellos en los que se encontraron diferencias.

Es así como en los resultados se pueden observar la narración correspondiente a cada una de las preguntas y la conclusión de la misma, la cual se tomó en cuenta para las conclusiones finales de este estudio.

7. RESULTADOS

Para entender los resultados obtenidos de la aplicación de guías de entrevista se debe poner en antecedente que la duración promedio de una consulta en los Servicios de Salud es de 20 minutos y la cantidad de pacientes que se tienen programados en una jornada laboral va de 20 a 25 pacientes.

Cabe mencionar que la atención por parte del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer es gratuita, amparada por la afiliación al Seguro Popular y cubre atención, estudios y medicamentos. La consulta de control y seguimiento para los casos de diabetes infantil es llevada a cabo por endocrinólogas pediatras de las cuales, al momento de la investigación, se cuenta con 2 en el área de consulta externa por lo cual, el tiempo entre una cita y otra es aproximadamente de 4 meses.

Es importante enfatizar que en Querétaro, ni el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ni el Instituto de Seguridad y Servicios de Salud para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) cuentan con endocrinólogas pediatras por lo que los pequeños diagnosticados con diabetes infantil son referidos a centros de atención de 3er nivel, ubicados en su mayoría en la Cd. de México.

En la Guía de preguntas se hizo hincapié en el tamaño del manual ya que se ha observado que una vez que se cuenta con esta información es de gran importancia para los tutores tenerla consigo todo el tiempo mientras se domina el tema y para asesoramiento continuo por lo cual tiene que tener un tamaño práctico para este fin. Como se ha mencionado anteriormente no se encontró bibliografía ni información nacional al alcance

del público en general ni con el lenguaje adecuado para que cualquier persona lo pueda consultar es por ello que las Médicas Especialistas facilitan al tutor del paciente ligas de internet a manuales extranjeros con el fin de que se cuente con información básica en algún caso de emergencia, por lo que se mencionaba anteriormente del tiempo prolongado entre una consulta y otra, también conocido como diferimiento en las consultas.

Se establece este contexto ya que forma parte de la observación no participante derivada de este estudio y es más fácil analizar la dirección y sentido de las respuestas obtenidas tanto de familiares como de prestadores de servicios de salud después de plantear el contexto en el cual se desarrolla la actividad hospitalaria y de atención que envuelve a los pacientes con este padecimiento.

De lo anterior se puede deducir el impacto que causaría el contar con una herramienta que coadyuve al control adecuado de esta enfermedad y que brinde un apoyo en casa al tutor del paciente para la adecuada orientación de la familia y el entorno cercano al menor, además de mencionar el ahorro de tiempo y recursos ya que sólo asistirían urgencias calificadas al Hospital para su atención y las cuestiones manejables en casa quedarían bajo el control del tutor del paciente con la adecuada información contenida en su Guía.

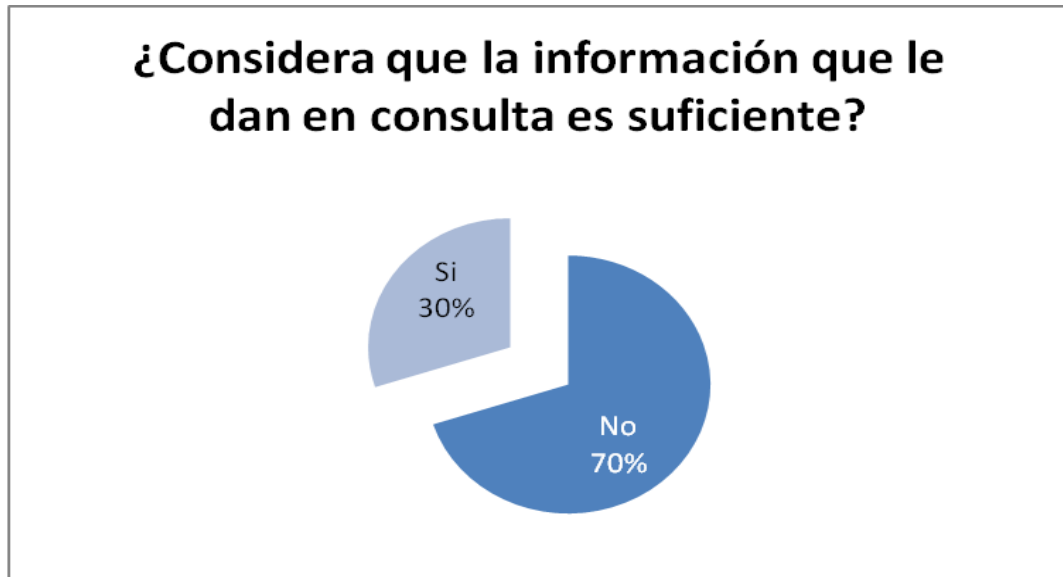
a. Guía de entrevista para familiares.

A continuación se presentan los resultados obtenidos de las 20 entrevistas aplicadas a familiares de pacientes con diabetes infantil; se muestra la pregunta, el conceso de las respuestas y gráficas que permiten visualizar de manera sencilla los mismos.

- Pregunta 1: ¿Considera que la información que le dan en la consulta es suficiente?

Consenso de respuestas: de las 20 personas entrevistadas el 70 % consideró que la información no es suficiente ya que el personal médico al tener que cumplir un horario y una cantidad de pacientes trata de distribuir el tiempo entre cada uno de ellos y no resulta adecuado cuando se tienen tantas y tan difusas dudas, como menciona María R. “a veces siento que me voy sentando cuando ya se acabó la consulta” y José A. “ La doctora tiene mucha gente y tiene que atendernos a todos, yo le agradezco que lo haga y me ajusto a su tiempo”. El otro 30 % consideró que la información resulta adecuada.

Figura 9. Información brindada a familiares de pacientes con diabetes infantil



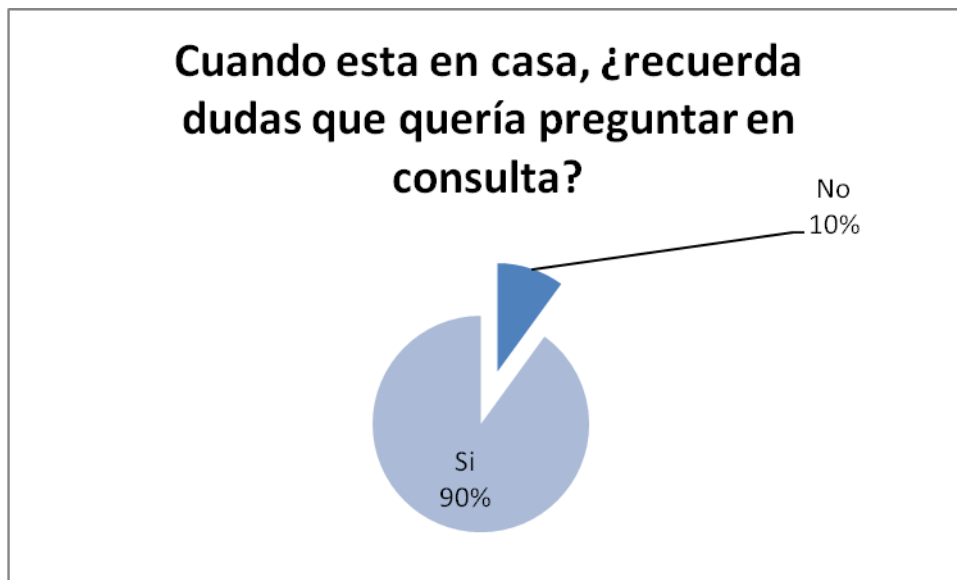
Fuente: Elaboración propia.

- Pregunta 2: ¿Cuándo está en casa recuerda dudas que quería preguntar en la consulta?

Consenso de respuestas: el 90 % de las personas entrevistadas respondieron afirmativamente, si no van preparados a la consulta con las preguntas que ya desean saber se les olvida preguntar y cuando necesitan la respuesta tienen que acudir a un médico particular o persona de su confianza, lo cual reconocen no es lo más adecuado.

Josefina U. “Cuando ya ando en mi casa me acuerdo que le quería preguntar algo a la Dra. Si no urge pues me espero a su siguiente consulta”. El 10 % refiere que antes le sucedía sin embargo ahora lleva una libreta de record donde anotan sus dudas y así es más fácil que se resuelvan en consulta según Juana N. “ Siempre llegaba a casa y me acordaba de algo que quería preguntar, mi tía me dijo que llevara una libreta y ahora anoto todo lo que quiero preguntar y aprovecho el tiempo de la consulta”

Figura 10. Surgimiento de dudas en casa después de la consulta.



Fuente: Elaboración propia.

- Pregunta 3: ¿Crees que te sería útil una guía del cuidado del niño con Diabetes Infantil y por qué?

Consenso de respuestas: el 100% de las personas entrevistadas respondieron afirmativamente. La respuesta del porque resultó un tanto abrumadora: “para estar preparada y contar con un apoyo en casa”. Cito a Jazmín L. “ Yo veo a las mamás de Oncología con su librito para todos lados y veo que les sirve mucho, quisiera que los niños con Diabetes también tuvieran uno”

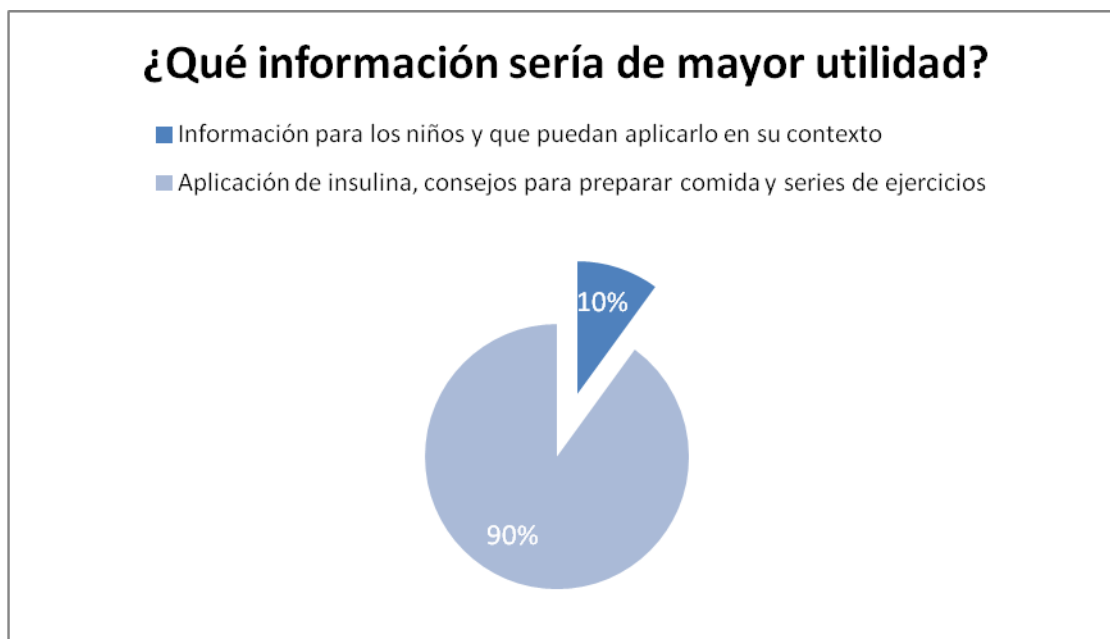
- Pregunta 4: ¿Qué Información sería de mayor utilidad?

Consenso de Respuestas: el 90 % consideró que debería contener información sobre la aplicación de insulina, ¿qué hacer en caso de hipoglicemia e hiperglicemia? consejos para preparar comidas y series de ejercicios.

Génesis C. menciona: “Hay veces que no sé qué hacer cuando se me pasa la dosis de insulina y ahí venimos corriendo al Hospital, si puedo hacer algo por mi niño en casa sería muy bueno”.

El 10 % restante añadió un manual extra para que sus hijos pudieran entender el padecimiento y cómo explicarlo en la escuela y a sus demás familiares. Como mencionó Armando H: “Su abuelita a veces no alcanza a comprender que no le puede dar fruta, ella dice que nosotros así crecimos bien y me gustaría poder explicarle de una forma que entienda”.

Figura 11. Perspectiva sobre la relevancia de la información a incluir en el manual

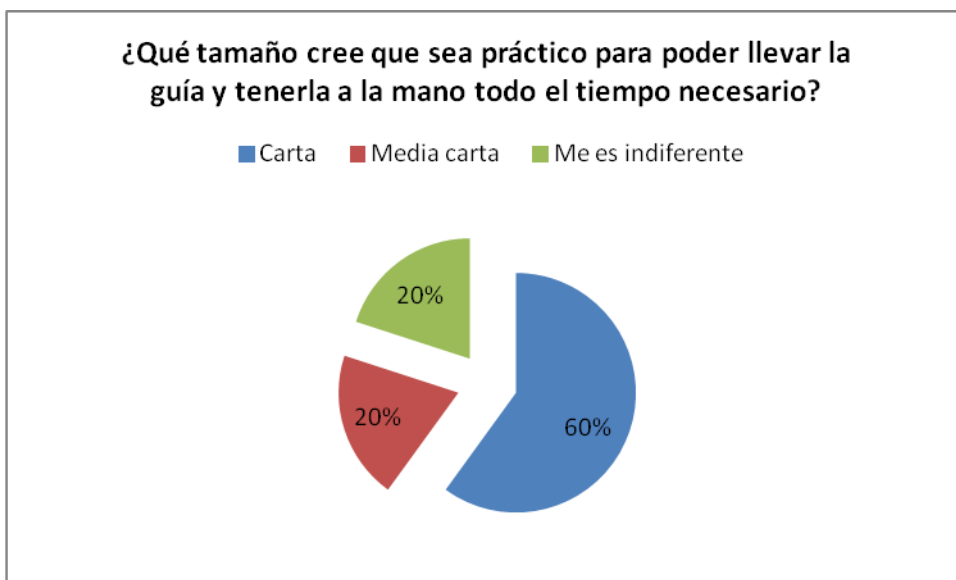


Fuente: Elaboración propia.

- Pregunta 5: ¿Qué tamaño cree que sea práctico para poder llevar la guía y tenerla a la mano todo el tiempo necesario?

Consenso de respuestas: el 60 % considero tamaño carta, Rosa Y. “Me gustaría que la letra fuera lo suficientemente grande para entenderlo y fácil de llevar en el folder de los estudios que tenemos que traer siempre”. El 20 % media carta, Paula J. “...más chiquito para que me quepa en la bolsa y llevarlo a todos lados”. El 20% restante no tuvo preferencia alguna en el tamaño.

Figura 12. Percepción sobre el tamaño ideal para acceder y usar la guía de manera constante.



Fuente: Elaboración propia.

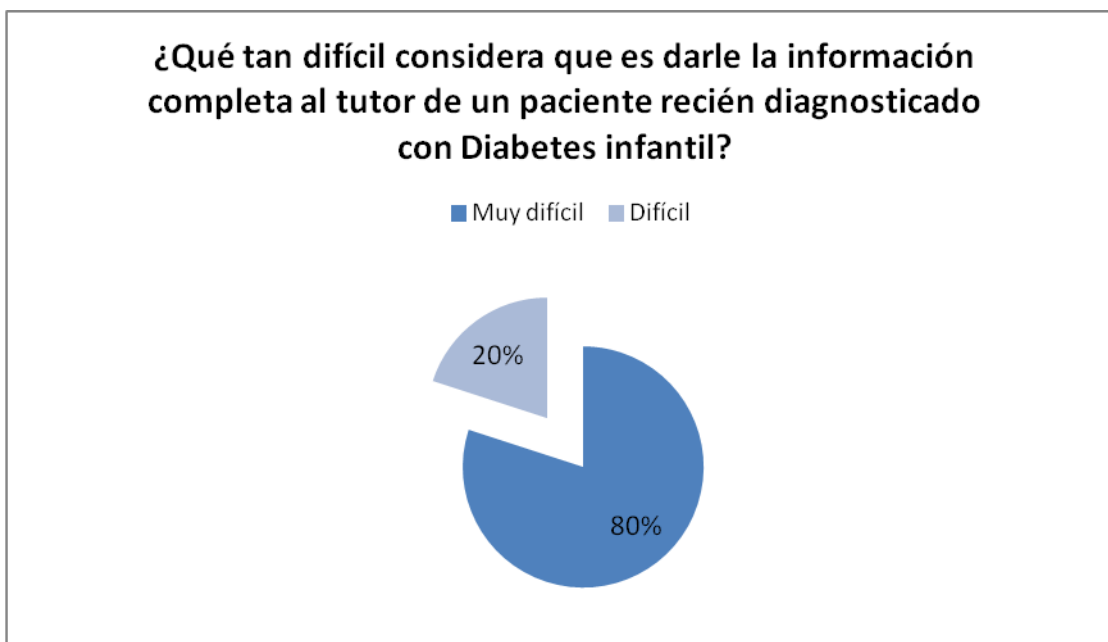
b. Guía de entrevista a personal médico

- Pregunta 1: ¿Qué tan difícil considera que es darle la información completa al tutor de un paciente recién diagnosticado con Diabetes infantil?

Consenso de respuestas: el 80 % considero que es muy difícil tratar de dar toda la información del manejo en una sola sesión, y más aún si se tiene que cumplir con un horario y una agenda previa, por lo cual se tiene que manejar en varias consultas para que se encuentre plenamente capacitado el responsable del menor. Dra. Mayra V. menciona: “A veces tengo que quedarme más tiempo porque me extiendo en la explicación a los papás, pero es importante que se vayan sin dudas, hay días en que no puedo hacer eso por la agenda del consultorio pero se trata de hacer lo que más se puede”.

El 20 % restante considera que es difícil pero que si el paciente se queda con dudas recomienda páginas de internet en el extranjero para que se informen por su cuenta.

Figura 13. Percepción en dificultad de brindar información a familiares con pacientes recién diagnosticados.



Fuente: Elaboración propia.

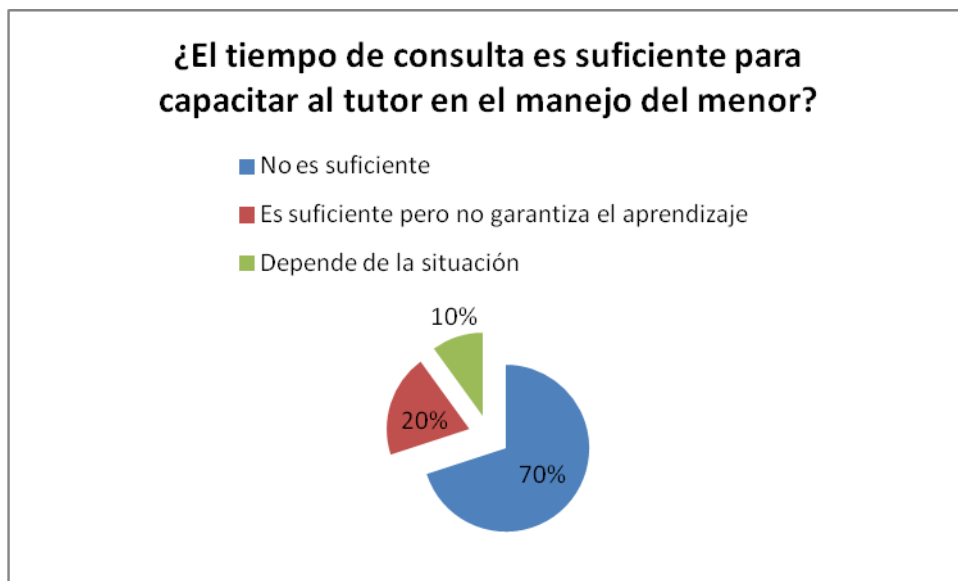
- Pregunta 2: ¿El tiempo en consulta es suficiente para capacitar al tutor en el manejo del menor?

Consenso de Respuestas: el 70 % acordó que no es suficiente y menos si es de reciente diagnóstico. Dra. Patricia N. dijo: “ No es suficiente ya que tenemos que lidiar con los sentimientos que se presentan y además dar indicaciones que no logran entender rápidamente por estar inmersos en el shock que se presenta inicialmente ante un diagnóstico de esta magnitud”

El 20 % cree que es suficiente más no se garantiza el aprendizaje del tutor. El Dr. Julio C. menciona: “Pues se trata de hacer lo que se puede pero no creo que se les quede toda la información en tan poco tiempo”.

El 10 % restante consideró que es dependiendo de la situación. La Dra. Jimena F. menciona: “Depende, por ejemplo hay mamás que llegan con una investigación exhaustiva de familiares, amigos y páginas Web, así que sólo respondemos las dudas que le hayan quedado o desmentimos la información que encontró”.

Figura 14. Percepción del personal médico sobre el tiempo de consulta en relación con la capacitación de tutores.



Fuente: Elaboración propia.

- Pregunta 3: ¿Frecuentemente repite la información de una consulta a otra?

Consenso de respuestas: el 100 % respondió afirmativamente, se repite una información de una consulta a otra, resultado de que no es adecuada la capacitación. El Dr. Jaime R. “Es inevitable repetir datos, si es un paciente nuevo tardan en adaptarse a los términos y al manejo”.

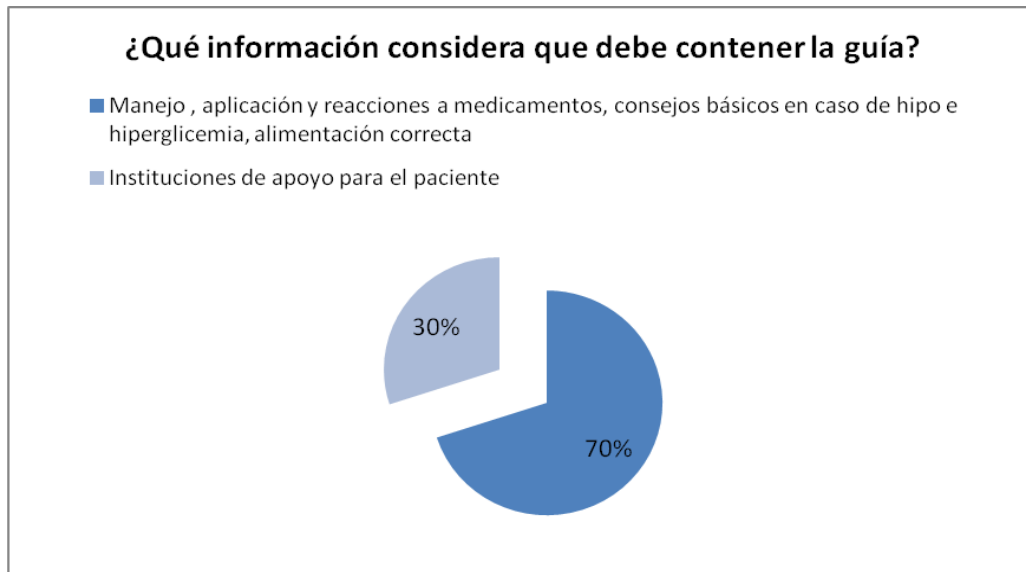
- Pregunta 4: ¿Considera que un material escrito con las recomendaciones básicas, facilitaría la transmisión de información hacia el paciente?

Consenso de respuestas: el 100 % respondió que sí lo facilitaría. La Dra. Norma F. menciona: “Lo vemos en Hospitalización con los niños oncológicos, las mamás tienen su manual y anotan las indicaciones así es más fácil el manejo para nosotros porque el familiar está informado”

- Pregunta 5: ¿Qué Información considera que debe contener este material?

Consenso de respuestas: El 70 % considero: manejo y aplicación de medicamentos, reacciones a medicamentos, consejos básicos en caso de hipo e hiperglicemia, alimentación correcta. Yunuen R. “ hay ocasiones en que los papás se desplazan en la madrugada al servicio de urgencias por algo tan sencillo como una hipoglicemia leve que bien pudieron controlar en casa, si contarán con consejos útiles en una Guía esto podría evitarse” El 30 % restante añadió instituciones de apoyo para el paciente. Marco T. “Hay personas que no tienen dinero para comprar las tiras, bueno si hay personas que los ayudan, deberían tener los datos “.

Figura 15. Percepción del personal médico sobre la relevancia de información que debe tener la guía.



Fuente: Elaboración propia.

De manera general, los resultados muestran que:

La duración de la consulta se percibe como un impedimento a la etapa de exteriorización del conocimiento propuesta por Nonaka y Takeuchi (1995).

En lo que refiere al uso de una guía o documento impreso como medio para transmitir la información, se puede concluir que un manual resultaría pertinente tanto para los tutores de los pacientes como para los profesionales pues el 100% de los tutores así lo expresó, de igual forma, el 100% de los médicos sostiene que la información se repite en cada consulta y que el material impreso facilitaría esta tarea; lo anterior reafirma la necesidad de organizar, estandarizar y difundir la experiencia clínica tal como lo señalan

Juárez et al. (2009), así como la necesidad de promover la capacitación de acuerdo al Modelo Operativo de Promoción de la Salud, (Alcalde-Rabanal et al, 2013).

En cuanto a los contenidos de un manual para la transmisión de información se puede concluir que los contenidos deseados difieren entre médicos y tutores. Aunque ambos coinciden en temas como: la aplicación de medicamentos, qué hacer en caso de hipo e hiperglucemia y alimentación, los médicos se enfocan en la alimentación correcta mientras que los padres quieren saber cómo preparar platillos; de igual forma, los médicos se enfocan en las reacciones a medicamentos mientras que los tutores se enfocan en aprender series de ejercicios.

De acuerdo a Baylor University (1997), la disonancia de contenidos tiene su origen en las distintas necesidades que de acuerdo a su experiencia vivida busca cubrir cada grupo entrevistado. Dada tal disonancia, se ha de buscar alguna forma de conciliar qué contenidos se incluirán, a fin de que el conocimiento se pueda almacenar y estructurar para poder distribuirlo mediante el manual, cumpliendo así el ciclo de vida del conocimiento propuesto por Perego y Miguel (2014).

CONCLUSIONES

Debido a la dificultad en su valoración, los recursos intangibles suelen permanecer invisibles en la organización ya que consisten básicamente en conocimiento o información que son, quizá, los recursos más valiosos de una empresa, y que lamentablemente sin la gestión apropiada se pierden o tergiversan ocasionando dificultades o malentendidos.

En el caso de la Secretaría de Salud, la falta de gestión del conocimiento puede desencadenar a una falta de información para el paciente, lo cual no resulta adecuado para el manejo de la diabetes infantil.

Con el objetivo de evaluar la pertinencia de un manual impreso para difundir conocimiento explícito al alcance de los padres y facilitar el manejo, alimentación y administración de medicamentos en los pacientes con diabetes Infantil que son tratados en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer de Querétaro, se realizó una investigación descriptiva de tipo cualitativo entrevistando a 20 familiares y 10 médicos involucrados en el tratamiento de niños con diabetes mellitus.

En cuanto al alcance, suficiencia y gestión de la transmisión de la información durante el tiempo de consulta se concluye que no es posible proporcionar información completa y suficiente durante la consulta médica, esto basado en que tanto tutores como médicos consideran insuficiente y muy corto el tiempo de consulta; además la mayoría de los médicos opinan que una sola sesión es insuficiente, más aún en los casos de reciente diagnóstico, por su parte, una minoría relativa opinan que la sesión sí es suficiente para dar la información más no para que el tutor la aprenda y asimile. Finalmente, un informante

sostiene que en el caso de tutores que han tenido una investigación exhaustiva por su cuenta, el tiempo sí es suficiente, pues solo aclaran dudas y desmienten la información falsa.

Una vez confirmada la pertinencia de un manual como medio de difusión de información, se concluye que no existe consenso entre los usuarios en cuanto al formato (tamaño) que este debería tener, pues algunos indicaron su preferencia por el tamaño carta, otros por un tamaño de bolsillo y otros más fueron indiferentes, no obstante, en lo que la mayoría coincide es en que debe ser fácil de llevarse a todas partes.

El adecuado manejo de los niños diagnosticados con Diabetes Mellitus se relaciona directamente con la información que los tutores tengan para sus cuidados ya que la información que tengan es como se conducirá a lo largo del tratamiento y cuidado del menor lo cual ayudará o repercutirá en el progreso de la enfermedad.

La investigación se basó en tres proposiciones:

P1. La gestión del conocimiento es necesaria para la atención de pacientes con diabetes infantil basado en experiencias exitosas de otros programas de salud

P2. El que el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer cuente con medios adecuados para difusión del conocimiento propicia que los padres tengan un mejor manejo en el tratamiento, alimentación, orientación psicológica y actividad física de los pequeños con Diabetes Infantil

P3. El adecuado manejo de los niños diagnosticados con Diabetes Infantil se relaciona con el conocimiento explícito que los padres de familia puedan adquirir a través de información adecuada.

De acuerdo a los resultados obtenidos es posible dar respuesta afirmativa a las proposiciones mencionadas.

En cuanto a las propuestas y recomendaciones, se sugiere que:

- De acuerdo a experiencia laboral personal y en seguimiento al procedimiento común para aprobación de impresos en el sector salud, se propone que sea la Dirección del Hospital financiado a través del recurso federal de Promoción de la Salud la que sea la encargada de la gestión con el Nivel Estatal del diseño, desarrollo, cotización y pago de la de la Guía del Cuidado del Niño con Diabetes Infantil, la cual debe encontrarse avalada por la Coordinación de difusión de esta Institución para poder realizar su distribución como parte del material oficial de la misma.

- De la misma manera, con base en experiencia laboral propia de la autora en esta investigación se propone que la distribución y difusión del material corra a cargo de la Jefatura de Pediatría del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer en las reuniones del Grupo de ayuda a Padres de niños con Diabetes Infantil, donde se les realizará una capacitación para el uso adecuado además de una presentación complementaria para poder realizar notas e individualizar las dudas que pudieran surgir.

- Se garantice la reproducción por medio de la programación del recurso en la partida de Promoción a la Salud y en seis meses la revisión de la misma antes de emitir un nuevo tiraje con el fin de mejorar las observaciones que se hayan desprendido del uso de la misma en los pacientes del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer.

Limitaciones y futuras investigaciones.

Derivado del estudio realizado se hace la recomendación para que en investigaciones posteriores se mida la eficacia de la Guía para el Cuidado del Niño con Diabetes estableciendo un protocolo de control en que se evalúen comparativamente a los pacientes que ya cuentan con el manual con pacientes que no contaron con el manual, de tal manera que se pueda observar y analizar como esto repercute positiva o negativamente en la progresión de la enfermedad en los pacientes y en la relación que tienen con su entorno social - familiar.

La presente investigación consideró sólo la transferencia del conocimiento explícito a padres de familia o tutores y no profundizó en la transferencia de dicho conocimiento a los niños, esto es una limitante actual para la investigación aquí presentada pero representa una oportunidad para realizar estudios relacionados con la temática. De la misma manera, sería interesante continuar la investigación con análisis del conocimiento tácito sobre diabetes y su tratamiento en la familia mexicana, remedios caseros, plantas medicinales, etc. esto complementaría el conocimiento explícito que se tiene en organizaciones de salud y las propuestas de difusión y distribución del conocimiento podrían ser enriquecidas.

El material propuesto para la difusión del conocimiento explícito sobre diabetes Infantil es un manual impreso; dado el auge de las aplicaciones móviles y el uso de tecnología, podría considerarse como proyecto alternativo o paralelo complementar la propuesta con difusión e interacción virtual, por ejemplo, un blog, una página en redes sociales o una aplicación para el móvil que permitan no sólo la difusión del conocimiento sino la dinamicidad del mismo.

Finalmente la mayor recomendación que se puede hacer es hacia la institución del sector salud, ya que retomando a Barrios et. al. (2011), una visión integral del sistema de salud es necesario no sólo para mantener en funcionamiento la organización sino también para mantener vigente la gestión del conocimiento. Es por ello, que se invita a todos los que conforman esta institución a que contribuyan en la gestión adecuada y sistematizada del conocimiento ya que se pierde de persona a persona y no logra su cometido final que es, en este caso, el mejorar la calidad de vida del paciente atendido en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer en Querétaro.

REFERENCIAS

- Alcalde-Rabanal, J., Molina-Rodríguez, J. y Castillo-Castillo,, L. (2013). Aportes de la capacitación a la promoción de salud en los servicios estatales de salud: análisis comparativo en ocho estados de México. *Salud Pública*, 55, pp.285-293.
- Álvarez-Gayou L. (2003) *Cómo hacer investigación cualitativa*. México: Paidós Educador.
- Anderson, J y Narus, J (1999) *Business Market Management: Understanding creating and delivering value*. New Jersey: Prentice Hall..
- Barrios, O; Méndez, C; Holder R; Suárez J. (2011) *Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales*. Santiago, Chile: Organización Mundial de la Salud.
- Baylor University (1997) Focus on the student: Emphasizing Learning Styles. Recuperado el 2 de septiembre 2016 de: <http://diogenes.baylor.edu/Library/LIRT/adultlrns.html>.
- Benavides C. y Quintana C (2003) *Gestión del conocimiento y calidad total*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Choque, R (2005) *Comunicación y educación para la promoción de la salud*. Recuperado de: <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>
- Cortés, A; López, M; Reynosa, L y Aguilar, V. (2014) Diabetómetro conductual: una herramienta para incrementar en los niños la percepción de riesgo de la diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y Salud*, 24, (1), pp. 17-24.
- Davenport, T. y Prusak, L. (2001). *Conocimiento en acción: como las organizaciones mejoran lo que saben*. Buenos Aires: Pearson Editores.

Delcy, A (2009). *Administración del conocimiento y prácticas de valor*. Tesis de maestría en administración de tecnologías de información. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Departamento de Educación de Estados Unidos (2015). Aprendizaje óptimo en niños. Recuperado de <http://www.ed.gov/>

Fierro, E y Mercado, P (2012) Innovación organizativa y gestión del conocimiento en hospitales públicos en el Estado de México. *Estudios gerenciales*, (28), pp. 109-123.

Griffith, J; Fear, K; Lammers, E; Banasak, J; Harris, C. y Zheng, K. (2013) A positive deviance perspective on hospital knowledge management: analysis of baldrige award recipients 2002-2008. *Journal of Healthcare Management*, (58), pp. 187-203

Hernández Maya, P. (2001). *Educación y promoción de salud en México: el caso del programa de municipios saludables*. Tesis de Licenciatura en sociología. Universidad Nacional Autónoma de México UNAM. México

Hernández, R; Fernández,C y Baptista, M. (2014) *Metodología de la investigación*. México: McGrawHill

Huang, K.T. y Lee, Y.W. (2000) *Calidad de la información y gestión del conocimiento*. Madrid: Asociación española de Normalización y Certificación.

Ju, E; Soon, H y Young, H (2014) Relationships between core factors of knowledge management in hospital nursing organisations and outcomes of nursing

performance. *John Wiley & Sons Ltd Journal of Clinical Nursing*, (23), pp. 3513–3524.

Juárez, J; Riestra, T; Campos, M; Morales, A; Palma, J; Marin, R (2009) Medical knowledge management for specific hospital departments. *Expert Systems with Applications* (36) pp. 12214–12224

Luna Argudin, M. (2005a). Enfoques educativos - Modelo centrado en el alumno – Conductismo. Recuperado de:
<http://hadoc.azc.uam.mx/enfoques/constructivismo.htm>.

Luna Argudin, M. (2005b). Enfoques educativos - Modelo centrado en el alumno - Constructivismo Recuperado de:

<http://hadoc.azc.uam.mx/enfoques/constructivismo.htm>

Maguey, P (2013) Campamentos para niñas y niños con diabetes. Recuperado de:
<http://www.salud180.com/maternidad-e-infancia/campamentos-para-ninas-y-ninos-con-diabetes>

Melgar, A. (2000). Cadena de Valor. Conferencia en Guatemala. Recuperada de:
de:<http://s87f019f1e9614fa1.jimcontent.com/download/version/1415141263/module/10010454483/name/CADENA%20DE%20VALOR%20por%20Armando%20Melgar.pdf>.

Minakata Arceo, Alberto. (2009). Gestión del conocimiento en educación y transformación de la escuela: Notas para un campo en construcción. *Sinéctica*, (32), 17-19.
Recuperado de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-109X2009000100008&lng=es&tlng=es.

Moral, B; Pazos, S; Rodríguez, F; Rodríguez-Patton, A y Suárez, G (2007) *Gestión del conocimiento*. Madrid, España: Thomson editores Spain paraninfo S.A..

Nonaka, I. y Takeuchi, H. (1995) *The knowledge-creating company: How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation*. New York-Oxford: Oxford University Press.

Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud.

Recuperado de:

http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf

Osorio, V. (2011) Gestión de proceso y calidad asistencial. Fundamentos. Recuperado de:

http://es.slideshare.net/vosorio_isalud/gestion-por-proceso-y-calidad-asistencial

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Newbury Park, CA:

Sage

Perego, L y Miguel, R (2014) *Ciclo del conocimiento* Recuperado de:

<http://www.eumed.net/libros-gratis/2014/1405/ciclo-conocimiento.htm>

Pérez Rodríguez Y, Coutín Domínguez A. (2005) La gestión del conocimiento: un nuevo

enfoque en la gestión empresarial. *Acimed* 13(6). Recuperado

de: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol13_6_05/aci04605.htm .

- Porter, M (2012) *Ventaja Competitiva. Creación y sostenimiento de un desempeño superior*. México: Grupo Editorial Patria.
- Rodríguez, Anairam (2002) Lo máximo contra diabetes infantil: campamentos. *Revista contenido*. pp. 44-48.
- Romero, R (2009) *Gestión del conocimiento en la red uniRcoop Américas*. Tesis de Doctorado en administración. Universidad Autónoma de Querétaro UAQ. México.
- Sánchez, J (2008) La infancia en la sociedad del conocimiento. *Revista CTS*, 11(4), pp.23-43
- Sánchez, A; Melián, A y Hormiga, E (2007). El concepto de capital intelectual y sus dimensiones. *Investigaciones europeas de dirección y economía de la empresa*, 13, (2), pp.97-111
- Sánchez, D y Vega, V. (2006) La gestión del conocimiento y su relación con otras gestiones. *Ciencias de la información*.37(2-3),pp.35-52.
- Sánchez, M & Cegarra, J (2008) Implementing knowledge management practices in hospital-in-the-home units. *Journal of Nursing Care Quality* 23, pp. 18–22.
- Secretaría de Salud, (2006). Modelo Operativo de Promoción de Salud. México: Programa Nacional de Salud 2001-2006, pp.28-29.
- Sittig,D; Wright,A; Simonaitis,L ; Carpenter,J ;Allene,G; Doebbeling, B; Mohammad,A ;Ashg,J y Middleton, B (2010) The state of the art in clinical knowledge management: An inventory of tools and techniques. *International Journal of medical informatics* 79 pp. 44–57
- Villalobos, Y. (2010) *Gestión de conocimiento en una termoeléctrica de Salamanca*. Tesis de Maestría. Universidad Autónoma de Querétaro UAQ. México.

APÉNDICE

APÉNDICE

A continuación se presenta un compendio de lo que cada entrevistado respondió en cada una de las preguntas que se les realizó en la Guía de Entrevista. La primera tabla de este apéndice hace referencia a las respuestas del personal médico mientras que la segunda muestra la opinión de padres de familia o tutores.

Tabla A1.

Compendio de respuestas del Personal Médico entrevistado

Número De Entrevistado	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 4	Pregunta 5
1	Muy difícil	No	Si	Si	Lo básico del manejo de Insulinas
2	Difícil	No	Si	Si	Aplicación correcta de medicamento
3	Es difícil pero se puede	Depende el nivel de estudios del tutor	Si	Si	Las Instituciones que los apoyan a la compra de tiras reactivas
4	Mucho	No	Si	Si	En qué casos debe traerlo a urgencias
5	Bastante	No	Si	Si	Explicarle de forma sencilla el manejo del medicamento y generalidades
6	Muy complicado	Les doy la información pero no garantizo que haya aprendido algo	Si	Si	Información sobre las personas que los ayudan
8	Es lo que hay, tengo que maximizar el tiempo	No creo que retengan mucho	Si	Si	Alimentación adecuada, manejo de insulina, medidas generales
9	Mucho	No	Si	Si	Instituciones de apoyo
10	Muy difícil	No	Si	Si	Manejo de Insulinas

Fuente: Elaboración propia

Tabla A2 *Compendio de respuestas de familiares entrevistados.*

Número de Entrevistado	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 4	Pregunta 5
1	No es suficiente	Siempre	Si	Las dosis de insulina	Que quepa en el folder
2	Muy poco tiempo	Si	Si	¿Qué pasa si le baja el azúcar?	De una hoja
3	No alcanza	Si	Si	¿Cómo ponerle sus inyecciones?	Más chiquito para que quepa en la bolsa
4	La Dra. anda corriendo siempre	Si	Si	¿Cómo me llevo su medicina cuando viajamos?	Carta
5	Si es suficiente	Algunas veces	Si	¿Qué fruta puede comer?	De la mitad de una hoja
6	Pues es lo que se puede hacer	Casi siempre	Si	¿Qué hago cuando se come un chocolate a escondidas?	Me da igual con que me saque de dudas
8	No	Si	Si	¿Cómo lo tengo que picar?	De una hoja
9	No es suficiente	Si	Si	¿Qué hacer si se me pasa la dosis de medicamento?	Que sea del tamaño del folder
10	Falta tiempo	Muchas	Si	¿Dónde consigo las plumitas?	Como el folder
11	Si es suficiente	A veces	Si	¿Qué puedo hacer en casa mientras llevo al hospital cuando se me pone malito?	De la mitad de una hoja para llevarlo a todos lados
12	Es muy poco el tiempo	Ya no, porque lo anoto todo en mi libreta	Si	¿Cómo explicarle lo que le pasa a sus compañeritos en el kínder?	Me da igual
13	No es suficiente	Si	Si	¿En qué otra parte lo puedo picar?	Del tamaño carta
14	Si alcanza	Pues si	Si	¿Cada que le tengo que checar su azúcar?	Carta
15	No es suficiente	Si	Si	¿Le puedo hacer postres?	Es lo mismo
16	No es suficiente	Si	Si	¿Cuánto me tiene que durar su inyección?	Media carta
17	Si	todas mis preguntas aquí (su libreta de apuntes)	Si	¿Cómo decirle a su abuelita y a toda la familia lo que le pasa?	Como la libreta
18	No es suficiente	Siempre	Si	¿Qué si puede comer?	Es igual con que sirva
19	Si	A veces	Si	¿Cómo le pongo su insulina?	Carta
20	No es suficiente	Si	Si	¿Cómo lo pico?	Carta

Fuente: Elaboración propia