

Lecciones aprendidas de gestión del conocimiento para la salud pública: algunos espacios observados en Colombia^{*}

Lessons learnt from knowledge management to public health: some spaces observed in Colombia

Lições aprendidas de gerenciamento do conhecimento para a saúde pública: alguns espaços observados em Colômbia

Fecha de recepción: 02-06-15 Fecha de aceptación: 18-08-15 Disponible en línea: 01-11-15
doi:10.11144/Javeriana.rgyps14-29.lagc

Cómo citar este artículo:

Martínez Herrera E, López Ríos JM, Salas Zapata L. Lecciones aprendidas de gestión del conocimiento para la salud pública: algunos espacios observados en Colombia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2015; 14(29): 97-113. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps14-29.lagc>

Eliana Martínez-Herrera**
Jennifer Marcela López-Ríos***
Leonardo Salas-Zapata****

* Artículo científico derivado de actividades desarrolladas por la Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud Nodo Antioquia durante los años 2009 a 2011, como estrategia para el fortalecimiento epistemológico de la gestión social del conocimiento. Artículo de investigación, título del proyecto: *Gestión del conocimiento y organizaciones de salud*, fecha de inicio: 03/11/2014, fecha de finalización: 27/02/2015, entidad financiadora: ninguna. Correspondencia: Eliana Martínez Herrera.

** Odontóloga salubrista, maestra y doctora en Epidemiología. Profesora de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: eliana.martinez@udea.edu.co Dirección de correspondencia: Calle 62 No 52-59, Sede de Investigación Universitaria (SIU), Torre 1 Piso 3 Of. 306, Universidad de Antioquia. Tel: (574) 219 6432.

*** Administradora en Salud con énfasis en Gestión de Servicios de Salud. Estudiante de la Maestría en Salud Pública de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: j.marce89@hotmail.com

**** Administrador en Salud con énfasis en Gestión de Servicios de Salud de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: talasleo@gmail.com

Resumen

Introducción: transferir conocimiento para la salud pública es un asunto posible, según los diferentes espacios contextuales y culturales existentes en una sociedad de conocimiento. *Metodología:* este estudio presenta lecciones aprendidas de tres casos de gestión del conocimiento con base en la experiencia, las condiciones comunes y los procesos de liderazgo social autogestionado promovidos en espacios locales, concertado con actores y agentes locales de organizaciones en Antioquia, Colombia, mediante análisis comparativo y técnicas de exploración documental. *Resultados:* la gestión social del conocimiento como mecanismo local de promoción de las evidencias informadas en salud pública puede y debe ser intercambiada a través de espacios observados, como las redes de conocimiento, los observatorios y los tanques de pensamiento. *Conclusión:* las lecciones aprendidas confluyen en promover procesos de participación social para la construcción colectiva de conocimiento y abordar debates sobre la igualdad de oportunidades regionales en Colombia.

Palabras clave: gestión del conocimiento; salud pública; lecciones aprendidas; administración en salud; organizaciones en salud; Colombia

Abstract

Introduction: According to a different contextual and cultural knowledge society, knowledge transfer on public health is a possible issue nowadays. *Methods:* This implementation health research based on lessons learnt shows three cases of knowledge management supported by experience, common conditions and self-management social leadership processes developed in local spaces with stakeholders in Antioquia, Colombia through comparative analysis and documented scoping review. *Results:* Social Knowledge Management as a local mechanism on promotion the informed evidence on public health can be interchanged by observed spaces like knowledges networks, observatories, think tanks. *Conclusion:* Lessons learnt conduct in promote social participation processes for the collective building knowledge and concrete debates about equity for regional chances in Colombia.

Keywords: knowledge management; public health; lessons learnt; health administration; Health Organizations; Colombia

Resumo

Introdução: transferir conhecimento para a saúde pública é um assunto possível, segundo os diferentes espaços contextuais e culturais existentes em uma sociedade de conhecimento. *Metodologia:* este estudo apresenta lições aprendidas em três casos de gerenciamento do conhecimento com base na experiência, as condições comuns e os processos de liderança social auto gerenciado, promovidos em espaços locais, marcados com atores e agentes de organizações em Antioquia, Colômbia, mediante análise comparativa e técnicas de exploração documentária. *Resultados:* o gerenciamento social do conhecimento como mecanismo local de promoção das evidências informadas em saúde pública pode e deve ser trocado através de espaços observados, como as redes de conhecimento, os observatórios e os tanques de pensamento. *Conclusão:* as lições aprendidas levam a promover processos de participação social para a construção coletiva de conhecimento e abordar debates sobre a igualdade de oportunidades regionais na Colômbia.

Palavras-chave: gerenciamento do conhecimento; saúde pública; lições aprendidas; administração em saúde; organizações em saúde; Colômbia



Introducción

Existen muchas expresiones de interacción social que crean, gestionan y transfieren conocimiento, entre ellas los tanques de pensamiento, los observatorios y las redes de conocimiento de investigación e innovación, cuya finalidad o desempeño en sí mismo se orienta hacia la validación social de caminos reconocidos y cimentación de nuevo conocimiento, esto quiere decir que cada una de ellas le imprime a la sociedad en general valor agregado, en tanto moviliza conocimiento para la formación informal pero íntegra de ciudadanía, postulado este último de una globalidad del conocimiento que exige escenarios vinculantes y, por ende, con alta capacidad de tolerancia, respeto y libertad de pensamiento (1).

Dichos espacios, como oportunidades para académicos (investigadores, docentes y estudiantes), tomadores de decisión y líderes de la sociedad civil organizados tienen el fin de recrear la ciencia mediante saberes y hechos sociales, los cuales pueden concebirse de manera informal y se establecen escalonadamente en los imaginarios de sus participantes con matices formales, debido a los liderazgos que surgen entre quienes los conforman (2).

Estos espacios se caracterizan porque en ellos confluyen aspectos organizacionales como la confianza, la solidaridad, la reciprocidad y la participación, y aspectos institucionales como las normas y, quizá lo más importante, las redes sociales, que son formas estructurales para el relacionamiento. Una vez identificados estos elementos, permite tácitamente la aplicación de principios de la gestión social del conocimiento tales como, principalmente, la mirada multidisciplinar de los problemas, la gobernanza, la ciudadanía, la incidencia en políticas, el desarrollo local y el trabajo coordinado para el abordaje de las soluciones (1,3).

Sin lugar a dudas, el acumulado histórico en el conocimiento, comprendido como “el saber cómo hacer las cosas” (4), y la congregación de expertos, investigadores y tomadores de decisiones, suponen una definición de roles, de estructuras previas y de acciones en las políticas públicas en salud, desde el aprendizaje basado en la experiencia (5) y la interacción con los diversos grupos sociales y científicos, en particular quienes se reconocen como hacedores en el día a día de procesos de transformación social (6) en sus pequeños nichos de simbiosis, hasta grandes escenarios transaccionales de conocimiento (7).

En ese sentido, la acumulación de saberes y la congregación de expertos requieren no solo la formulación y aplicación de políticas institucionales (tendientes a reconocer en la cooperación) y el fortalecimiento de vínculos sociales y científicos (para el mejoramiento de los procesos de gestación del conocimiento y su aprovechamiento), sino también el desarrollo colectivo de estrategias para la traducción, translación (8) y transferencia del conocimiento (9).

A manera de ejemplo, una forma de materializar lo expuesto anteriormente es a través de alianzas estratégicas que permitan la creación de escenarios futuribles y la generación de transformaciones sociales de impacto a nivel local y global (6,10), en los ámbitos investigativos, de desarrollo y de innovación, como lo son el intercambio de conocimiento y la conformación de redes de conocimiento, determinando el tipo de información que será requerida para el análisis de los espacios observados.

En este sentido, cobra importancia el abordaje metodológico de las lecciones aprendidas, definidas por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) como el resultado de las reflexiones sobre una experiencia positiva o negativa que pueden ser aplicadas por otros,

basándose en hechos reales y significativos, las cuales encierran espacios u organizaciones cuya función es reconstruir, validar y difundir conocimiento para la toma de decisiones (11). Su importancia radica en que permiten identificar factores de éxito, deficiencias en las políticas, estrategias, programas, proyectos, procesos, métodos y técnicas, convirtiéndose en un insumo fundamental en la resolución de problemas y creación de modelos y patrones para la ejecución de buenas prácticas, especialmente la latinoamericana (12,13).

El presente artículo tiene por objetivo presentar tres experiencias colombianas, de carácter local, regional y nacional, en las cuales las transformaciones sociales no dependieron solamente de la concepción de la gestión del conocimiento proveniente de la Academia, sino también de las acciones y hechos sociales de la sociedad civil organizada, tales como la promoción del ejercicio de derechos, la transparencia de la gestión pública, los mecanismos de acceso de personas y organizaciones en las decisiones, el diseño, la ejecución, la evaluación, el monitoreo y el control de los programas sociales (14), que permitieran develar a través de las lecciones aprendidas, la imperiosa necesidad de motivar la cultura científica alrededor del creciente uso de espacios observados para la gestión social del conocimiento, sobre la base del reconocimiento y la confrontación de fórmulas para la generación de alianzas, el fortalecimiento de vínculos para la participación efectiva de los individuos en la investigación y la política, así como las comunidades debidamente informadas (15,16).

Si bien la gestión del conocimiento ha adoptado múltiples definiciones, para esta investigación se asumió la aportada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), como “una disciplina emergente que tiene como objetivo generar,

compartir y utilizar el conocimiento tácito (Know-how) y explícito (formal) existente en un determinado espacio, para dar respuestas a las necesidades de los individuos y de las comunidades en su desarrollo” (17).

Las experiencias se centraron en la actuación de un nodo de la Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud como hecho de generación y transferencia de conocimiento en las políticas en salud (18), seguida de la identificación de lazos entre las personas e instituciones interesadas en comprender y promulgar la defensa por el derecho a la salud en la ciudad de Medellín, y en la inclusión de grupos naturales abiertos y personas como norma establecida que convoca a la reflexión visionaria para la salud pública del departamento de Antioquia.

Materiales y métodos

Tipo de estudio

Para la presentación de las lecciones aprendidas se incorporaron aspectos y principios del enfoque crítico social, fundamentados en la sistematización de experiencias de los estudios cualitativos, definida la sistematización como un proceso reflexivo y de interpretación crítica de una o más experiencias que busca “reconstruir e interpretar los logros y las dificultades de las mismas con el fin de ajustar a la práctica los resultados, validarlos, fortalecerlos o modificar el aprendizaje teórico y desarrollar réplicas si estos han sido exitosos” (19).

El mapa conceptual para los espacios observados, previo a la sistematización, definió cuatro componentes y perspectivas: i) desde la organización y el proceso de concertación de actores para la acción, ii) como cabildeo, iii) desde la asistencia técnica, en cuanto esto significa para ambos hacer visibles los procesos e integrar nuevo conocimiento en



procesos sociales amplios para producir conocimiento tipo 2, y iv) mediante la capacitación, como uno de los ejes estructurantes de mayor importancia para el fortalecimiento del intercambio de conocimiento.

De igual manera, con base en la técnica de consensos y disensos entre los investigadores, se aceptó y consideró una red de conocimiento como un espacio en el que se transfiere lo que se aprende, se crea conocimiento, se divulga la evidencia dentro de una plataforma tecnológica y, a través de grupos de interés en temáticas particulares, con la creación de nuevo conocimiento, se interviene en niveles de consulta y decisión, siendo sugerente con alternativas de solución (5). Un observatorio, como espacio que analiza y monitorea realidades sociales, puede investigarlas, documentarlas y sistematizarlas para la elaboración de recomendaciones. Un observatorio interviene en los niveles de apropiación y uso racional del conocimiento, y un tanque de pensamiento, como aquel que puede dar cimiento a la comprensión de las políticas sociales y otorgarle especial reconocimiento a las evidencias para la toma de decisiones, interviene en los niveles de gestión y de decisión, principalmente (20).

Población participante

Identificada como los espacios observados. Los autores analizaron las características comunes de las tres experiencias para realizar el análisis comparado de las categorías emergentes, usando técnicas de exploración documental de actas de reuniones, informes finales de gestión de las organizaciones y memorias de los encuentros, sin hacer uso de técnicas de entrevista ni grupos de discusión al respecto. En este estudio, los participantes fueron considerados como agentes activos que, desde su campo de acción y su interacción con otros actores, constituyeron un elemento fundamental para comprender las

dinámicas de cada una de las experiencias observadas y documentadas.

Para las técnicas de recolección de la información se realizó un análisis documental y de discurso que recogió la exposición de aspectos teórico-argumentativos de los espacios observados y el tránsito hacia la acción en el campo de la decisión en políticas públicas en salud, principalmente. En este sentido, se utilizaron fuentes orales, partiendo de la base de que la sistematización busca desentrañar las prácticas sociales particulares a través de la visión y experiencia de los actores, la subjetividad, el contexto histórico local y los sentidos inmersos en la práctica, por lo cual se tomaron en cuenta las opiniones, percepciones e intuiciones de los actores de cada una de las experiencias, a través de grupos focales y entrevistas semiestructuradas. También se hizo uso de fuentes escritas, como actas de reuniones, informes, escritura de relatos de la experiencia, reinterpretaciones e incluso transcripciones de las entrevistas realizadas para el análisis documental.

El uso y análisis de la información de cada una de las experiencias fue consolidado por uno de los investigadores mediante observación participante y fue triangulado con los otros investigadores para reconocer sesgos metodológicos manifiestos, con lo cual los aspectos éticos fueron asumidos objetivamente.

Resultados

Características de los espacios observados

Es de resaltar que en el observatorio observado, la traducción y transferencia del conocimiento no tienen procesos asincrónicos para la construcción de conocimiento, a diferencia de la red, en la que un momento antecede a otro y que al producir su propio

conocimiento requiere otros espacios para alcanzar hechos de conocimiento dinámicos. Entre tanto, un tanque de pensamiento traduce y transfiere el conocimiento de cara a los momentos políticos, y algunas veces en contraposición de la evidencia científica.

En la tabla 1 se caracterizan algunas necesidades y criterios de transformación del conocimiento.

De la teoría y la argumentación a la acción y a la decisión

De las tres experiencias observadas, tanto la Red de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, como el Observatorio por el Derecho Fundamental a la Salud, motivaron la interlocución entre académicos, políticos y la

comunidad en general, y el grupo de pensamiento recapituló y adoptó planteamientos de política pública, pero en ninguna de las tres experiencias el objeto fue la definición de políticas públicas.

La Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud busca promover la gestión social del conocimiento en salud pública, mediante estudios e investigaciones, realizadas por la Red, que aproximen a investigadores y tomadores de decisiones para Colombia y el mundo, reconociendo la importancia de la ciencia y la tecnología para el crecimiento económico y el modelo de desarrollo humano sostenible, en el marco de un futuro humano que depende más que nunca de la producción, difusión y utilización equitativa del saber.

TABLA 1. PERSPECTIVAS DE OBSERVACIÓN DE ESPACIOS

Necesidades de transformación	Criterios	Ejemplo
Culturales	• Requieren un cuidadoso ejercicio de planeación en cada uno de los grupos de interés • Deben ser pensadas en el largo plazo, dado que influyen en las actitudes de las personas • Son las transformaciones que exigen permanente acondicionamientos basados en la confianza, el respeto y el trabajo en equipo	La Red fomentó la gestión social del conocimiento para promover capacidades críticas y autónomas entre investigadores, sociedad civil organizada y tomadores de decisión. En ella, las personas participaron por motivación propia y por compromiso
		En el Observatorio por el Derecho Fundamental a la Salud se impulsó constantemente la creación de climas de confianza, para superar con humildad el desconocimiento entre actores, y acciones en pro de la defensa del derecho fundamental a la salud. Se reconoció en los errores, oportunidades de aprendizaje y formas de superar las limitaciones
		El Grupo de Pensamiento en Salud promovió el reconocimiento del conocimiento, a fin de compartir saberes y aprender formas alternativas de solucionar problemas de salud pública
		En los tres escenarios, la promoción del talento humano fue fundamental y se convirtió en el valor per se de las empresas humanas que visionan grandes transformaciones



Necesidades de transformación	Criterios	Ejemplo
Políticas	- Requiere un conocimiento profundo y desprevenido de los actores - Reconoce en la comunicación la mejor herramienta para promover la gestión del conocimiento entre las personas, no solo para el intercambio de información, sino además para la responsabilidad con el manejo de la información - Requiere un acto decidido de corresponsabilidad con las organizaciones y personas que intervienen en los debates para generar conocimiento	<i>En todos los escenarios, se afirmó que el conocimiento es útil cuando se comparte y se transmite a través de las experiencias de las personas, no obstante, está ligado al poder de transformación</i>
		Cada experiencia generó sus propios roles de liderazgo y compromiso con la sociedad, los cuales no son señalados y normados, sino que nacen de personas comprometidas, capaces de transmitir valores y cuestionar sus decisiones
Técnicas	Permiten adaptar y adoptar alternativas de solución mediante sistemas de control de la documentación, centros de documentación, servicios cerrados de comunicación virtual, bases de datos, análisis de datos con apoyo en la estadística y mejor comprensión de los problemas de salud pública, a través de la demografía, la economía, la sociología y la epidemiología, entre otras disciplinas	La Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, el Grupo de Pensamiento en Salud del Planea y el Observatorio por el Derecho Fundamental a la Salud, liderado por la Personería de Medellín, no limitaron sus actividades a los desarrollos informáticos, ni mucho menos a las plataformas de análisis informático, pero, poco a poco, articularon los procesos sociales de gestión del conocimiento a herramientas virtuales como las páginas virtuales, los centros de documentación virtual y la creación de noticias dinámicas para la vinculación de nuevos actores en cada desarrollo

Fuente: elaboración propia

Lo anterior, a través de actividades de producción, difusión, valoración, apropiación y aplicación del conocimiento, realizadas por los diferentes agentes sociales que construyen con la intención de mejorar la comprensión y la solución de los problemas prioritarios en cada región, en especial la reducción de la pobreza y la inequidad.

Algunos de los acercamientos en materia de decisiones en políticas en salud a nivel local, regional y nacional hasta el 2007 fueron (21):

1. Colombia (Ministerio de la Protección Social): aportes técnicos a la reforma Ley 9ª de 1979 (2006), movilización del

Plan Nacional de Salud Pública (2007), movilización de la Estrategia de investigación 7PM UE (2007), debate de decretos de emergencia social (2010).

2. Antioquia (Dirección Seccional de Salud de Antioquia): Proyecto interinstitucional de gestión de políticas públicas y salud. Apoyo a los Proyectos de ordenanza por la niñez (2004) y de la tercera edad (2007).
3. Medellín (Concejo de Medellín): Acuerdo municipal 038 de 2005 (2004), Acuerdo municipal violencia y explotación infantil (2006).



Por su parte, el Grupo de Pensamiento en Salud del Plan Estratégico de Antioquia (Planea), como grupo que hacía parte hasta el 2007 del Grupo de Pensamiento Estratégico y Prospectivo, reconocía la gestión de conocimiento como un proceso mediante el cual se adquiere, genera, almacena, comparte y utiliza conocimiento, información, ideas o experiencias para mejorar la calidad en el cumplimiento y desarrollo de la misión de un grupo, una organización o una comunidad. Para este grupo la gestión de conocimiento implicó potenciar un círculo virtuoso en el que es necesario compartir para poder aprender: “Aprender para nuevamente compartir; compartir para volver de nuevo a aprender, repitiendo el ciclo una y otra vez en una espiral interminable del conocimiento” (22).

El espiral del conocimiento, propuesta realizada por Nonaka y Takeuchi, es uno de los modelos más estudiados y abordados por diferentes instituciones para la gestión, se basa en cuatro formas para la conversión del conocimiento, las cuales son articuladas, reconfiguradas y comprendidas, procurando que aquello que tenga sentido evolucione y genere innovación en las organizaciones.

Las cuatro formas de conversión del conocimiento son: 1) la socialización: los individuos y los equipos son los protagonistas, se refiere a compartir e intercambiar conocimientos; 2) la externalización, que se produce en toda la organización y consiste en explicitar lo tácito mediante la formulación y creación de conceptos; 3) la internalización, definida como los aprendizajes de un nuevo conocimiento en la organización. Por ello se “aprende haciendo”; y por último 4) la combinación de conocimientos explícitos para crear nuevos conocimientos (23).

Si bien el conocimiento existente en un grupo u organización es importante en el proceso de gestión de conocimiento, lo fundamental

es la habilidad de ese grupo u organización para generar nuevo conocimiento a partir de aquel, y ponerlo en acción, de forma que sienta las bases de un sistema de construcción colectiva de conocimiento a partir de esos activos basados en el conocimiento.

El Grupo de Pensamiento en Salud, propiamente dicho, es consciente de que la salud no es solo un derecho fundamental, sino también un factor que genera y condiciona el desarrollo local y regional. Fue creado en el 2008 para analizar, revisar, generar y apoyar la formulación de políticas públicas, el establecimiento de líneas estratégicas en salud pública, la identificación de macroyectos y la definición de líneas de investigación en salud aplicada, que permitan mejorar las condiciones de equidad, en términos de ampliación de oportunidades para la accesibilidad y la calidad de los servicios, y la respuesta oportuna a las demandas del sector en cuanto a la incorporación de tecnologías y la prestación de servicios (24).

El Grupo de Pensamiento en Salud ha definido su accionar a partir del siguiente postulado: “En un mundo globalizado donde persisten grandes inequidades, la gestión de la Salud Pública es un campo especialmente complejo y controversial, mostrando un distanciamiento cada vez más marcado con enfoques reduccionistas centrados en la atención médica de la enfermedad, los principios que desde el siglo pasado rigen la gestión de la Salud Pública y propenden por la aplicación de estrategias más integrales e intersectoriales que tienen como eje la transformación de los determinantes sociales del proceso salud enfermedad, y demandan la articulación de los diferentes agentes sociales bajo el liderazgo del Estado”.

Cada vez es más claro que un mejoramiento significativo de la salud no se logra mediante acciones sectoriales aisladas, sino actuando



sobre el ambiente físico, los procesos económicos, las organizaciones sociales y los patrones culturales (24). Dado que la capacidad para intervenir en cada uno de estos campos suele encontrarse dispersa entre los diferentes agentes sociales, quienes a su vez se guían por sus propios intereses, se requerirá una acción firme y coherente por parte del Estado para facilitar, articular y armonizar estos esfuerzos con el fin de que se logren los mejores resultados en la salud de la población.

Por esta razón los organismos internacionales han insistido en la necesidad de generar y utilizar el conocimiento para formular políticas públicas que garanticen los derechos ciudadanos y la mejor aplicación de los recursos disponibles, contribuyendo a desarrollar al máximo sus potencialidades y a comprometer sus recursos con el control de la pobreza, considerada el mayor problema mundial de salud.

Para el Planea, el reto de la salud pública está principalmente en la forma como se aborda su gestión, en tanto la justicia y la equidad deben servir en la orientación de la defensa de los derechos ciudadanos y el liderazgo y articulación de diferentes agentes y sectores para la prevención de los riesgos y la promoción de la salud. Este reto exige la interacción activa de pensadores y tomadores de decisiones comprometidos con la protección y promoción de la salud pública.

Ahora bien, el Observatorio por el Derecho Fundamental a la Salud “es una herramienta de planeación y gestión ciudadana que busca motivar a los servidores de la entidad, sobre la necesidad de implementar acciones que generen valor agregado al quehacer cotidiano ante un entorno institucional y de políticas públicas, que exigen mayor capacidad de respuesta, en un contexto de escasez de recursos; pero también permite

mostrar las enormes posibilidades que tiene la Personería de Medellín de contribuir eficazmente al desarrollo de la Ciudad y poder ser reconocida como el organismo de control más importante del país” (25).

Este instrumento fortalece en Medellín la protección, el cumplimiento y el respeto por el derecho a la salud, en el marco de los derechos ciudadanos definidos por la Constitución y el derecho internacional, en calidad de instrumento de gestión.

En el Observatorio se ha definido que la salud es un derecho fundamental, pues cumple con las condiciones materiales y estructurales para tales efectos. Con las condiciones de tipo material, toda vez que enmarcado en la concepción del Estado Social de Derecho, su lectura e interpretación se debe hacer en clave del bienestar integral de las personas y de la comunidad en general.

Con las condiciones de tipo estructural, porque el derecho a la salud refiere directamente a la dignidad humana, en tanto principio y derecho de todas y cada una de las personas. Ello implica, precisamente, que sea universal, así como la obligatoriedad de respetarlo, cumplirlo y garantizarlo por parte del Estado y de todos los poderes públicos que lo conforman. Igualmente, conlleva que la garantía del tal derecho sea realmente efectiva y que la participación del propio Estado, como la de los diferentes actores, sea en pro de tal garantía como responsables de su eficacia.

El derecho a la salud es un derecho fundamental, además, porque existe antes que el mismo Estado, precisamente por ser un derecho inherente a la persona humana. Otra cosa es que como actual derecho constitucional presente dos dimensiones correlativas: la dimensión fundamental y la dimensión prestacional, esta última materializada a

través de los sistemas de salud y los planes de beneficios en salud y sus consecuentes servicios de salud.

En este derecho se reconoce que la estructuración de la salud como un derecho seriamente fundamental implica que esté protegido por las garantías constitucionales que tales derechos revisten actualmente, y no solo para los efectos inmediatos de protección por vía de la acción de tutela. Esto es, garantías tales como: aplicación inmediata (Art. 85 CP), la propia acción de tutela (Art. 86 CP), reserva de ley para su reglamentación (Art. 152 CP, a través de ley estatutaria), no suspensión en estados de excepción (Arts 93 y 214.2. CP, Art. 4º Ley 137 de 1994, Art. 27 Convención Americana de Derechos Humanos), y poseen una protección especial para su modificación (Art. 377 CP) (Reunión del grupo base ODFS, marzo del 2010).

Semejanzas de las experiencias

Un punto en común de estos espacios observados es la creación de redes, la innovación y el aprovechamiento del capital humano, intelectual y social para la demanda de nuevas formas de relacionamiento que buscan dar respuesta a problemas y retos en los ámbitos político, cultural y técnico, que deben ser resueltos integralmente por colectivos sociales y científicos de manera transdisciplinaria (26).

Asimismo, las tres experiencias buscan promover la movilización social a través de la educación, la investigación y la intervención en salud pública. Entendiendo esta movilización como la búsqueda de soluciones tecnológicas, políticas y sociales, así como la rendición de cuentas y la transparencia en el uso del conocimiento (6,27,28).

Para las tres organizaciones, la gestión del conocimiento fue el insumo vinculante para la comprensión de entornos complejos, diversos, caóticos y exigentes, en los cuales la incertidumbre y la competitividad son condiciones que obligan a las personas a innovar, mejorar y transformar el conocimiento. Las experiencias fueron puestas en consideración por los autores y estudiadas a través de un formato abierto de provocaciones, sin connotación de evaluación ni para las personas ni para las instituciones, sino por la construcción colectiva de conocimiento con un carácter altamente ético y motivado por la devolución de los acercamientos y confrontaciones de los autores que se vieron forzados a reconocer limitaciones y nuevas oportunidades de aprendizaje.

Es en este sentido que la “materialización” de la gestión de la tecnología, el conocimiento y la innovación social, se hace transversal a las tres experiencias que se describen en la tabla 2.

La gestión de la tecnología es el vehículo a través del cual viaja el conocimiento, y esta mediada por las herramientas tecnológicas disponibles, su uso y la perspectiva de desarrollo de los tres escenarios de integración de conocimiento para el proceso de toma de decisiones. La innovación en este caso tiene que ver con resultados medibles en el tiempo, relacionados con las políticas y los sistemas de salud, esto es, la transformación social a partir del conocimiento y el conocimiento en sí mismo, se asume como el insumo de mayor intercambio que permite los cambios y las dinámicas de acción.

En definitiva, los principios y valores con relación al trabajo coordinado se deben a la experiencia de los fundadores, a la cual se han ido sumando personas, grupos e instituciones consistentes con el grupo de origen. Eso hace que los sueños y visiones compar-



TABLA 2. EXPERIENCIAS Y LECCIONES APRENDIDAS

Nombre de la experiencia	Lecciones aprendidas	Ejemplo
Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud	Organización	Nodos geográficamente establecidos con autonomía en su ejercicio y decisión sobre sus acciones de capacitación, acompañamiento metodológico en formulación de políticas públicas y redes de conocimiento (2004)
	Capacitación	Diplomado en formulación de políticas públicas en salud (2008)
	Cabildeo	Integración de nuevos grupos nacionales de investigación y articulación con otras redes de conocimiento internacionales (2010)
	Asistencia técnica	Apoyo en la Mesa de Seguridad Social en Salud de la ciudad de Medellín (2008)
Grupo de Pensamiento en Salud del Plan Estratégico de Antioquia (Planea)	Organización	Mesa de trabajo en torno a la formulación de una agenda priorizada en salud para el departamento de Antioquia (2010)
	Cabildeo	Vínculo entre agencias del sector como Proantioquia y de otros sectores como Rutan Medellín, en temas de ciencia, tecnología e innovación (2010)
Observatorio por el Derecho Fundamental a la Salud	Organización	Formulación y puesta en marcha de un sistema de vigilancia por el derecho fundamental a la salud (2010)
	Cabildeo	Integración y definición de grupos de interés de usuarios, académicos, prestadores, aseguradores, rama judicial y entes de control, en torno a la vulneración al derecho a la salud (2010)
	Asistencia técnica	Participación en la mesa intersectorial de Antioquia por la reforma del sistema de salud (2010)

Fuente: elaboración propia. Revisión histórica de actas e informes gerenciales

tidas de cada espacio observado prevean la sostenibilidad de la iniciativa hacia el futuro, y pueda convertirse en ejemplo para otras iniciativas similares que, a fin de cuentas, dirigen sus esfuerzos hacia el fortalecimiento de la sociedad civil organizada.

Las tres experiencias socialmente “innovadoras” apuntan desde su origen hacia un desarrollo de ciudadanía. Cada forma asociativa implementa una acción innovadora, en la medida en que es capaz de administrar el conocimiento, apoderarse de él y validar realidades sociales. Ninguna de estas experiencias, en el sentido tradicional de la innovación, patenta “productos”, pero sí, con su trayectoria, demuestra que la dimensión

de desarrollo “ciudadano” se basa en el desarrollo de sus capacidades.

En la tabla 3 se sintetizan las condiciones internas comunes identificadas en las tres experiencias y sus características. Aunque pueden quedar por fuera otras, las que se presentan ponen de manifiesto que más allá de las incertidumbres con relación a la sostenibilidad financiera, ellas se hacen vulnerables cuando se rompen los lazos de integración y se pierde la confianza entre sus participantes, principalmente porque otro aspecto en el que se incurre frecuentemente es la inestabilidad en las normas —entiéndase por ellas, los mecanismos de regulación, institucionalización y establecimiento de parámetros y estándares para la acción—, necesarias para lograr en

el tiempo los objetivos propuestos y que caracterizan una trayectoria en el acervo de ser observados y fortalecer discursos tales como la investigación en políticas y sistemas de salud, el goce efectivo por el derecho a la salud y las reflexiones constantes sobre cuál es el camino que se debe seguir en contextos de salud inequitativos.

Ahora bien, si existen condiciones internas también las hay externas, estas son las gobernables y pueden desbordar la capacidad de las iniciativas de gestión del conocimiento. A modo de ejemplo, un cambio en las directrices de las organizaciones que participan y lideran los procesos hace que la estructura propuesta y los alcances logrados no mantengan la continuidad.

TABLA 3. CONDICIONES Y CARACTERÍSTICAS DE LOS ESPACIOS OBSERVADOS

Condición	Características	Priorización según experiencia
Liderazgo	- La presencia de un líder capaz de interpretar necesidades, promover soluciones socialmente aceptadas (una persona que inspira confianza en otros e integra formas de pensamiento para perseguir sueños conjuntos y no sus propias expectativas) - Promoción del liderazgo social	Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud
		Observatorio por el Derecho Fundamental a la Salud
		Grupo de Pensamiento en Salud Planea
Percepción compartida de situaciones problema	Cuando un problema o una actividad inspira a un colectivo y no es ajeno a la realidad social o a las coyunturas, ni ajeno a la comunidad, promueve entre los interesados mayor movilidad y conciencia ciudadana	Observatorio por el Derecho Fundamental a la salud
		Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud
		Grupo de pensamiento en salud Planea
Capacidad de argumentación y debate	- Creación de espacios para la discusión - Fortalecimiento de metodologías transdisciplinarias⁸ integradoras y participativas - Generación de instrumentos innovadores que promuevan consensos - Nuevas iniciativas de organización, de proyectos, etc.	Grupo de pensamiento en salud Planea
		Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud
		Grupo de pensamiento en salud Planea
Reconocimiento de una organización “eficiente”	- Identificación de niveles de participación social - Compromiso de los participantes - Discusión de nuevas iniciativas	En discusión
Difusión pública de la actividad	- Promoción de la consistencia con los hechos - Reafirmación del compromiso - Fortalecimiento de la cohesión entre los miembros	Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud
		Grupo de pensamiento en salud Planea
		Grupo de pensamiento en salud Planea



Otro ejemplo: sin la existencia de proyectos que cohesionen los participantes, las iniciativas pueden quedarse solo en iniciativas, y el ejemplo quizás más contundente se encuentra cuando los espíritus de las organizaciones creadas no concuerdan con las políticas sociales y económicas. Generalmente, estos procesos surgen porque en el Estado o en el Gobierno no se encuentra respuesta, sin embargo, en la gestión social del conocimiento no se pretende reaccionar a estas divergencias, sino ser proactivos en la búsqueda de soluciones.

Lo anterior puede verse expresado en la coyuntura del sistema de salud colombiano, con el poco reconocimiento de los movimientos sociales y de los colectivos en la producción de conocimiento, que evidencia con hechos sociales y contrasta con las ciencias duras los asuntos estructurales en la determinación de la salud, esto es, la evidencia científica intenta acercarse a la evidencia informada, pero luego de procesos que reducen o limitan las decisiones en salud, sumado a elementos propios de quienes se asumen en equipos colaborativos para valorar la información producida.

El grupo de pensamiento en salud del Planea y el Observatorio por el Derecho a la salud presentaron una estrecha relación con la gestión pública. Por su acompañamiento y seguimiento de las políticas públicas y la forma de hacer visible la vulneración al derecho a la salud, respectivamente, tienen la particularidad de canalizar recursos para el beneficio de la comunidad, pero son débiles por la poca respuesta que encuentran en sus interlocutores.

Lo anterior debe convertirse en oportunidades, esto es, de pasar de una organización vinculada a un proyecto. En estos casos, la producción y el intercambio de contenidos originales, recogidos a partir de la historia oral de investigadores, académicos, hacedores de política, decisores, etc., se sujeta a la

capacidad de involucramiento en procesos de transformación e identificación de identidades sociales, culturales y políticas de la ciudadanía.

Discusión

En una sociedad de mercado, las redes, observatorios o tanques de pensamiento, que faciliten o conduzcan a sus miembros o a sus patrocinadores a la acumulación del capital, son las que mayor visibilidad pueden adquirir y las que mayores posibilidades tienen de influir en el cambio social, imprimiéndole a este una direccionalidad. Sin embargo, también se forman como producto de maneras alternativas de ver y comprender el mundo, y pueden subsistir bajo condiciones sumamente adversas, con el impulso que obtienen de la resistencia a modelos sociales no aceptados por sus miembros.

Por ello, de las experiencias analizadas se reconoce la promoción en la construcción de capacidades, el uso de evidencias informadas/no informadas, o lo que para otros podría denominarse la validación científica/social en las decisiones técnicas y políticas (29), el intercambio y análisis de argumentaciones relacionadas con las necesidades de transformación entre los involucrados y para sus lugares de influencia (30); todo esto para confluir en una única puesta en común de cuestiones que facilitan el acercamiento sociocultural del conocimiento generado en las políticas públicas (31,32), expresando formas de conocimiento compatibles con el modelo político y económico predominante, diferenciándose de otras formas menos formales que tienden a ser menospreciadas y combatidas (20).

En este orden de ideas, se puede afirmar que las organizaciones sociales, comunitarias, académicas, políticas o empresariales se encuentran permanentemente interesadas



en integrar sus acumulados de saberes y, de esta forma, motivarse en la nueva adquisición de conocimiento para aprehender y generar propuestas efectivas de transformación (33). El término efectivamente se convierte en otro elemento constitutivo en la gestión del conocimiento, que puede verse a posteriori traducido en compromisos de las personas participantes (10,34).

Si lo que se quiere es “gestionar”, esto es, promover, facilitar, movilizar, conducir el “conocimiento”, entonces lo que se está planteando es un “proceso”, pero si lo que se busca es una acción social de reconocimiento, empoderamiento, apropiación, transformación, decisión y debate, entonces “la gestión del conocimiento” tiene una importancia social, entendiendo lo social como el centro de lo que quiera ser vinculante como espacios observados (15,35). El significado de la gestión se orienta hacia la administración del conocimiento, una administración que no puede ser vertical y que recoge momentos de gestación, ejecución del conocimiento y evaluación.

Sin embargo, estas tendrán sentido siempre y cuando busquen la comprensión social, a través de nuevos elementos organizacionales claves, esto es, por ejemplo, los relacionados con cambios en procesos administrativos, y son dependientes en sí mismos de concepciones enmarcadas en el liderazgo social, cuyo motor es el individuo y se basa en sus altas capacidades para influir en un colectivo de personas, debido a sus iniciativas y motivaciones hacia la comprensión de las necesidades sociales. Este tipo de liderazgos, entre otros, ofrecen información sobre lo que se necesita para compartir, transferir y recrear el conocimiento, a fin de avanzar en la comprensión de cómo superar las fisuras de los tiempos privados/individuales e iniciar conversaciones entre las ideologías y los campos de desarrollo; este tipo de lideraz-

gos, asimismo, evalúan constantemente sus desarrollos (27,36).

Dentro del proceso de gestión del conocimiento relacionado con su concepción y significado, se observa que son las personas las que cuestionan su alcance y la medición por resultados, no obstante, es claro que lo que está planteando en el mundo global tiene relación estrecha con dos fenómenos claves: el primero, vinculado con el desarrollo y la aplicación del conocimiento (37), y el segundo, el fortalecimiento de las capacidades en entornos donde se es requerido (5). Lo que suele ser motivo de más interrogantes y hace referencia a la línea cero o de arranque para el proceso, el cual puede llegar, de ser posible, a la apropiación del conocimiento en la sociedad (38).

Para el abordaje de la gestión del conocimiento se requiere mapear disciplinariamente los actores, sus valores, actitudes y creencias, así como los avances en el uso y apropiación de las herramientas de tecnologías, información y comunicación TIC (38) y el interés de las personas y organizaciones en involucrarse en procesos cuyos resultados son, en definitiva, diferentes para los observatorios, las redes de conocimiento y los tanques de pensamiento. Esto conlleva un reto, que es la aplicación de las herramientas para el análisis de actores, de acuerdo con los principios de la gestión del conocimiento en salud pública.

Conclusiones

Con el seguimiento y la valoración de las experiencias presentadas en estos tres casos para la construcción de capacidades (39,40), se reconoce, en primera instancia, la co-creación en pensamientos colectivos asumidos por liderazgos sociales, seguidos por la confluencia de la heterogeneidad tanto



temática como organizativa de la implementación de la investigación en salud (41), de tal manera que:

- Los procesos participativos socialmente reconocidos promueven cambios individuales y colectivos, esto es, de investigadores, actores sociales, ciudadanos, así como de asociaciones, agremiaciones, grupos de investigación y agentes sociales en cuanto al relacionamiento y su aporte a los temas que es necesario desarrollar; por ejemplo, en la investigación en políticas y sistemas de salud en la red, o en la defensa por el derecho a la salud desde el Observatorio, mediante la generación y articulación de diálogos sociales entre la sociedad civil y el Estado.
- Si bien los procesos en sí mismos son innovadores, vinculantes y técnicamente viables para la igualdad de oportunidades regionales, no siempre promueven diálogos oportunos con otros grupos que producen conocimiento y redes sociales nacionales e internacionales, por lo que la dinamización en el aporte a las decisiones desde los pequeños espacios no siempre interviene en la traducción de conocimiento en territorios de permanente cambio, como el contexto actual de la seguridad social en salud en Colombia.
- Todas estas formas de gestión del conocimiento tienden al fortalecimiento de la ciudadanía social y el surgimiento de pactos colectivos y sociales basados en las evidencias informadas y aplicadas a las políticas públicas en salud en cualquiera de sus momentos de construcción; sin embargo, no es posible concluir esto, pues es una limitación de este reporte no haber realizado trabajo con actores, para reconocer la efectividad

en el fortalecimiento de la ciudadanía, como lo es el caso específico del Observatorio (42). Sin embargo, se debe resaltar que la autonomía, criterio y libertad de pensamiento de los participantes en los tres casos, pueden depender de la intervención estatal, a lo que se conoce que la expresión viva de ciudadanía no es la esperada, en tanto no son experiencias altamente vinculantes.

Recomendaciones

Finalmente y en consonancia con la formulación de futuras formas de observar estos espacios, se sugiere:

- Analizar los intereses de los actores, para comprender dinámicas de empoderamiento en la transformación de las relaciones sociales. La interacción de todos los actores no siempre produce algún tipo de resultado, o por el contrario, aun cuando no se encuentren articulados y no haya ningún direccionamiento específico, ellos se mueven en dirección a una acción opuesta y/o reflexiva. Si lo anterior ocurre, las relaciones de poder (económico y político) en la toma de decisiones superponen los ideales del pensamiento de un colectivo.
- Analizar los recursos y estructuras de las redes y la influencia de los factores externos para la conformación, consolidación y posicionamiento de los espacios observados, así como también factores inherentes a los procesos de formas de asociatividad, tales como la existencia y uso de recursos de diferente naturaleza (tiempo, dinero, conocimientos) o lo que otros han denominado factores facilitadores y factores obstaculizadores, que determinan en buena medida la

existencia e incidencia en las formas de asociatividad mencionadas.

- Aplicar metodologías para la evaluación sistemática de las condiciones anteriormente observadas entre los miembros y participantes de cada espacio observado. Es posible que existan otras condiciones diferentes al liderazgo, la percepción de situaciones problema compartidas, la capacidad de argumentación y debate, el reconocimiento de una organización “eficiente” y la difusión pública de la actividad. Estas son necesarias, pero no suficientes para asegurar el éxito de la experiencia, existen condiciones “ocultas” o sui géneris no visibilizadas en los procesos de gestión del conocimiento y apropiación de la transformación que pudieran ir acompañadas de otras condiciones externas a los participantes en cada experiencia.

Agradecimientos y conflicto de intereses

Los autores agradecen a la Estrategia de Sostenibilidad CODI 2014 de la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Antioquia, al Grupo de Epidemiología de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, a Luis Carrizo (CLAEH, Uruguay), a Luis Guillermo Restrepo (Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos, Colombia), a Lady Sussana Rueda (administradora en salud), a Álvaro Quintero Posada (líder del Programa de Investigaciones HGM) y a Gabriel Vélez Cuartas (director del Grupo de Investigación “Redes y Actores Sociales” de la Universidad de Antioquia), por sus aportes valiosos a la configuración y descripción de las experiencias documentadas en este artículo. Asimismo, los autores manifiestan no tener ningún conflicto de interés.

Referencias bibliográficas

- Carrizo L. Gestión social del conocimiento: Un nuevo contrato entre Universidad y sociedad [internet] [acceso: 14 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://www.ucc.edu.ar/portallucc/archivos/File/RSU/2011/Documentos_de_Interes/Gestion-social-conocimiento-Carrizo.pdf.
- Martínez E. La gestión del conocimiento en políticas públicas en salud y participación social. *Rev CES Med*. 2001; 21 (1): 101-8.
- Carrizo L. Producción de conocimiento y políticas públicas. Desafíos de la Universidad para la gobernanza democrática. *Rev Reencuentro*. 2004; (40): 1-15.
- Liebovitz J, Schieber Richard A, Andreadis Joanne D. Knowledge management in public health. CRC Press Taylor & Francis Group; 2009.
- Alliance for Health Policy and Systems Research. Sound Choices: enhancing capacity for evidence-informed health policy. World Health Organization; 2007.
- Carrizo L, Prieto M, Klein J. Transdisciplinariedad y complejidad en el análisis social. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2004.
- World Health Organization. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Ginebra: who; 2008. p. 26.
- Armstrong R, Waters E, Roberts H, Oliver S, Popay J. The role and theoretical evolution of knowledge translation and exchange in public health. *Journal of Public Health*. 2006; 28 (4): 384-9.
- Wilson MG, Lavis JN, Travers R, Rourke SB. Community-based knowledge transfer and exchange: Helping community-based organizations link research to action. *Implementation Science*. 2010; 5 (33). doi: 10.1186/1748-5908-5-33.
- Van der Eijk R. Behind networks: Knowledge transfer, favor exchange and performance. Erasmus Research Institute of Management. Rotterdam; 2009.
- Banco Interamericano de Desarrollo. Notas de lecciones aprendidas [internet] [acceso: 14 de noviembre del 2014]. Disponible en: <http://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/5358/Lecciones%20Aprendidas%2011-18-08.pdf?sequence=1>.
- Messina G. De la experiencia a la construcción de teoría. *Revista Internacional Magisterio: Educación y Pedagogía*. 2008; (23): 32-6.
- Jara O. Sistematización de experiencias: un concepto enraizado en la realidad latinoamericana. *Revista Internacional Magisterio: Educación y Pedagogía*. 2008; (23): 14-9.
- Acevedo M. La metáfora de los escenarios en educación popular como dispositivo de interpretación de experiencias. *Revista Internacional Magisterio: Educación y Pedagogía*. 2008; (23): 24-31.
- Mingers J. Management knowledge and knowledge management: realism and forms of truth. *Knowledge Management Research & Practice*. 2008; (6): 62-76.
- Workshop. Innovative strategies for enhance policy maker capacity. Based on “Sound Choices.

- Enhancing capacity for evidence-informed health policy". Miami: Alliance/OMS; 2008.
20. Peluffo M, Catalán E. Introducción a la gestión del conocimiento y su aplicación al sector público [internet] [acceso: 10 de agosto del 2015]. Disponible en: <http://archivo.cepal.org/pdfs/2002/S2002617.pdf>.
21. Lavis J, Robertson J, Woodside C, McLeod J, Abelson. How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? The Milbank Quarterly. 2003; 81 (2): 221-48.
22. Organización Panamericana de la Salud. Sistematización de lecciones aprendidas en proyectos COMBI en Dengue de la región de las Américas. Costa Rica: OPS/OMS; 2011. pp. 45-52.
23. Garcé A, Uña G. Think Tanks and Public Policies in Latin America. Buenos Aires, Argentina: Fundación Siena & CIPPEC; 2010.
24. Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. Logros y limitaciones a julio de 2007. Sistematización de las experiencias en desarrollo de políticas de investigación en salud pública de la Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud [internet] [acceso: 20 de enero del 2015]. Disponible en: http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/politicaspUBLICAS/gomez_informe_2007.pdf.
25. Gradillas M. Propuesta para la formulación de una estrategia de gestión de conocimiento [internet] [acceso: 9 de enero del 2015]. Disponible en: <http://www.hacienda.go.cr/centro/datos/Articulo/PROPUESTA%20PARA%20LA%20FORMULACION%20DE%20UNA%20ESTRATEGIA%20DE%20GESTION%20DEL%20CONOCIMIENTO.doc>.
26. Sampedro F. La gestión del conocimiento y el *empowerment* en un hospital de siglo XXI. Rev Adm Sanit. Barcelona. 2010; 1 (14): 1-30.
27. Grupo de Pensamiento en Salud. Informe de gestión. Medellín: Plan Estratégico de Antioquia Planea; 2010.
28. Observatorio por el Derecho Fundamental a la Salud. Informe 2010. Medellín: Personería de Medellín-Universidad de Antioquia; 2010.
29. Armstrong R, Waters E, Dobbins M, Anderson L, Moore L, Petticrew M, et al. Knowledge translation strategies to improve the use of evidence in public health decision making in local government: intervention design and implementation plan. Implementation Science 2013 8:121. doi:10.1186/1748-5908-8-121.
30. Marsden P. Community-based participatory research: Rationale and relevance for social epidemiology. En: Oakes M, Kaufman J, editores. Methods in social epidemiology; 2006.
31. Chaparro F. Conocimiento, aprendizaje y capital social como motor de desarrollo. Ci Inf, Brasília. 2001; 30 (1): 19-31.
32. Gibbons M, Limoges C, Nowotny H, Schwartzman S, Scow P, Trow M. The new production of knowledge: The dynamics of science and research in contemporary societies. Londres: Sage; 1994.
33. International Development Research Centre (IDRC). Investigación sobre la iniciativa de sistemas de conocimiento. Research on Knowledge Systems (Roks). Ottawa: IDRC; 2001.
34. Andrew C, Inkpen E, Tsang WK. Social Capital, Networks, and Knowledge Transfer. Academy of Management Review. 2005; 30 (1): 146-65.
35. Martínez E, Franco D, Villa L. Las redes de conocimiento en salud pública y el fortalecimiento de capacidades a través de estrategias de cooperación. Rev Fac Nac Salud Pública. 2009; 27 (3): 349-55.
36. Tobin T. Ten principles for knowledge management success, Service Ware Technologies white [serie en Internet] [acceso: 12 de febrero del 2015]. Disponible en: <http://repository.binus.ac.id/content/M0224/M022425428.pdf>.
37. Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. Plan Estratégico de Antioquia Planea. Medellín: Planea; 2009.
38. Carden F. Knowledge to policy: making the most of development research. New Delhi: Sage Publications India; 2009.
39. Leea RG, Garvin T. Moving from information transfer to information exchange in and health care. Social Science & Medicine. 2003; (56): 449-64.
40. Wilcox B, Kueffer C. Transdisciplinarity in EcoHealth: Status and Future Prospects. EcoHealth. 2008; 5 (1): 1-3.
41. Pérez T, Franco M, Lozano M, Falla S, Papagayo D. Iniciativas de apropiación social de la ciencia y la tecnología en Colombia: Tendencias y retos para una comprensión más amplia de estas dinámicas. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro. 2012; 19 (1): 115-37.
42. Lansang M, Dennis R. Building capacity in health research in the developing world. Bull World Health Organ. 2004; 82 (10): 764-70.
43. Nchinda T. Research capacity strengthening in the South. Soc Sci Med. 2002; 54 (11): 1699-1711.
44. Brownson RC, Colditz GA, Proctor EK. Dissemination and Implementation Research in Health. Translating Science to Practice. Oxford: Oxford University Press; 2012.
45. Martínez E, Agudelo A, Moreno O. La epidemiología para la gestión social del conocimiento, "un trazador con sentido" en la construcción de políticas públicas en salud. Rev Gerenc Polit Salud. 2011; 10 (20): 36-45.

