

AÑO 30 NO. ESPECIAL 13, 2025
ENERO-JUNIO



AÑO 30 NO. ESPECIAL 13, 2025

ENERO-JUNIO



Revista Venezolana de Gerencia



UNIVERSIDAD DEL ZULIA (LUZ)
Facultad de Ciencias Económicas y Sociales
Centro de Estudios de la Empresa

ISSN 1315-9984

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es_ES



Gestión del conocimiento en salud pública local: brechas y oportunidades en municipios rurales

Rojas Núñez, Mónica Andrea*
Riascos Erazo, Sandra Cristina**
Pérez Arrau, Gregorio***

Resumen

La gestión del conocimiento es clave para fortalecer la salud pública, especialmente en municipios con limitaciones de infraestructura y recursos. El objetivo de este estudio es comprender las dinámicas de gestión del conocimiento en el municipio de La Cumbre, Colombia, y su contribución a la promoción de la salud y la equidad, a partir de entrevistas semiestructuradas a actores del sector salud y una revisión bibliográfica de iniciativas latinoamericanas referentes a la gestión del conocimiento en salud. Los hallazgos evidencian avances en procesos de capacitación y alianzas intersectoriales, así como limitaciones en la sistematización del conocimiento, la sostenibilidad de las estrategias y la infraestructura tecnológica. Se identificaron prácticas de aprendizaje comunitario y apropiación social del conocimiento, aunque con escasa evaluación de impacto. Se concluye que fortalecer la gestión de conocimiento en salud requiere consolidar redes colaborativas, integrar tecnologías digitales y garantizar la continuidad institucional de las estrategias, promoviendo así una toma de decisiones más informada y contextualizada.

Palabras clave: gestión del conocimiento; salud pública; transferencia de conocimiento; gestión de la información; gobierno municipal.

Recibido: 17.02.25

Aceptado: 14.05.25

* Agradecimiento a la Universidad del Valle por la financiación del trabajo de campo de la tesis doctoral: Relación entre gestión del conocimiento y salud, a partir del análisis de las dinámicas y prácticas comunicativas sobre enfermedades cardiovasculares en el municipio La Cumbre (Valle del Cauca, Colombia).

** Doctorante en Administración; Universidad del Valle, Colombia; Magister en Políticas Públicas; Comunicadora Social y Periodista, Universidad del Valle, Colombia; Profesora contratista, Facultad de Administración, Universidad del Valle, Colombia. E-mail: rojas.monica@correounivalle.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2405-5415>

*** Ph. D. Ingeniería Informática, Universidad Carlos III de Madrid. Licenciada en Informática. Profesora de la Facultad de Ciencias de la Administración, Universidad del Valle (Cali-COL). E-mail: sandra.riascos@correounivalle.edu.co; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4595-1737>

**** Ph. D en administración, Universidad de Liverpool; Magister en Administración y Dirección de Recursos Humanos en Universidad de Santiago de Chile (USACH) y Licenciado en Sociología de la UAHC. Profesor Asociado en la Universidad de Santiago de Chile. E-mail: gregorio.perezarrau@usach.cl ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3592-3847>

Knowledge management in local public health: gaps and opportunities in rural municipalities

Abstract

Knowledge management is key to strengthening public health, especially in municipalities with limited infrastructure and resources. The objective of this study is to understand the dynamics of knowledge management in the municipality of La Cumbre, Colombia, and its contribution to health promotion and equity. This study uses semi-structured interviews with health sector stakeholders and a literature review of Latin American initiatives related to knowledge management in health. The findings reveal progress in training processes and intersectoral partnerships, as well as limitations in knowledge systematization, strategy sustainability, and technological infrastructure. Community learning practices and social appropriation of knowledge were identified, although with limited impact assessment. It is concluded that strengthening knowledge management in health requires consolidating collaborative networks, integrating digital technologies, and ensuring the institutional continuity of strategies, thus promoting more informed and contextualized decision-making.

Keywords: knowledge management; public health; knowledge transfer; information management; municipal government.

1. Introducción

En América Latina, los municipios rurales enfrentan desafíos estructurales persistentes para garantizar el acceso equitativo a la salud, debido a la limitada infraestructura física, escasa conectividad digital y restricciones presupuestarias. Esta realidad se refleja en la fragmentación de los servicios, la baja disponibilidad de talento humano capacitado y la debilidad en los procesos de toma de decisiones basados en evidencia (Bernal-Acevedo y Forero-Camacho, 2011; OPS, 2018). Particularmente, el abordaje de enfermedades crónicas como las cardiovasculares exige enfoques integrales que incluyan no solo acciones clínicas, sino también mecanismos

efectivos de gestión del conocimiento (GC) en los territorios.

La GC ha sido reconocida como un eje estratégico en la mejora de los sistemas de salud, al facilitar la producción, adaptación y transferencia de saberes relevantes para los contextos locales (Wenger, McDermott & Snyder, 2019; World Health Organization [OMS], 2023). En el caso de municipios con limitaciones estructurales, su implementación enfrenta barreras como la baja sistematización de información, la discontinuidad de políticas públicas y la escasa articulación entre los actores del sistema (Martínez-Herrera, López-Ríos & Salas-Zapata, 2015). Pese a los avances normativos y tecnológicos en algunos países de la región, persisten vacíos en el conocimiento sobre cómo

operan las dinámicas de GC en espacios locales específicos, especialmente en zonas rurales.

Este estudio tuvo como objetivo comprender las dinámicas de gestión del conocimiento en salud en el municipio de La Cumbre (Colombia), en tanto territorio representativo de los retos que enfrentan las administraciones locales para integrar el conocimiento en sus procesos de salud pública.

El marco conceptual se fundamentó en tres enfoques principales: 1) la GC como proceso sistémico orientado a crear, capturar, compartir y aplicar conocimiento organizacional (Wenger et al., 2019); 2) la alfabetización en salud como capacidad para acceder, comprender y utilizar información útil en la toma de decisiones sanitarias (Nutbeam, 2000; Liu et al., 2020); y 3) la apropiación social del conocimiento, entendida como la adaptación contextual y cultural del saber técnico-científico (Neuman, 2009). Estos enfoques permiten analizar tanto los factores estructurales como las prácticas comunitarias que inciden en la eficacia de la GC en salud.

El estudio adoptó una metodología cualitativa de tipo exploratorio-descriptivo, adecuada para comprender fenómenos complejos en contextos sociales específicos (Hernández et al., 2014). Este enfoque permitió captar la perspectiva de los actores involucrados, identificar conocimientos tácitos y analizar cómo se construyen, comparten y utilizan los saberes en el ámbito local. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas a tomadores de decisiones y promotoras de salud del municipio, complementadas con una revisión documental y bibliográfica de políticas, programas e iniciativas de GC desarrolladas en América Latina entre 2000 y 2024, tiempo desde que

se empieza a vincular esta disciplina al campo de la salud. La información recolectada fue analizada mediante un proceso de triangulación entre fuentes primarias y secundarias, lo que facilitó identificar barreras, facilitadores y prácticas emergentes. Además, el análisis se estructuró en torno a las fases del ciclo de GC (creación, captura, producción, disseminación/aplicación), permitiendo observar de manera sistemática los procesos y vacíos en la gestión local del conocimiento en salud.

2. Gestión del conocimiento en salud pública: fundamentos, estrategias y desafíos para la equidad sanitaria

La Gestión del Conocimiento (GC) ha estado asociada desde su concepción a las organizaciones empresariales, cuando este se convirtió en un elemento clave no solo para que las empresas crecieran, sino también para que sobrevivieran en un entorno cambiante. Pasó posteriormente a asociarse a problemas sociales, donde el conocimiento se debe buscar, producir, transferir, disseminar y aplicar para atender necesidades sociales (Nuñez, 2010). En el ámbito sanitario, la gestión del conocimiento garantiza que haya un acceso equitativo a la información: facilita la toma de decisiones al disponer de lecciones aprendidas y buenas prácticas; y fortalece las redes y el intercambio de conocimiento (OPS, s.f).

2.1. Fundamentos conceptuales de la GC en salud pública

La implementación de la gestión

del conocimiento en el área de la salud permite mejorar el acceso, la comprensión y la aplicación del conocimiento en el proceso de toma de decisiones sanitarias, facilitando la reducción de desigualdades y promoviendo la innovación en los sistemas de salud (Wenger et al., 2019; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). Además, las dinámicas de GC fortalecen a los actores locales en su papel, empoderándolos para ejercer un rol activo en la promoción de la salud y en la adaptación a los cambios, lo que contribuye al logro del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. (OMS, 2023).

Entre los principales aportes de la GC a la salud pública se destacan:

- Reducción de brechas de conocimiento: mediante la transferencia de buenas prácticas entre regiones con diferentes niveles de desarrollo (Paucar-Caceres et al., 2023).
- Innovación contextualizada: gracias a soluciones creativas adaptadas a las realidades locales (Instituto de Prospectiva e Innovación en Salud [INNOS], 2023; Parra-Henao, 2022).
- Capacitación y empoderamiento: fortaleciendo capacidades locales para la toma de decisiones informadas (OMS, 2024; Liu et al., 2020; Nutbeam, 2000; Schillinger et al., 2002).

2.2. Estrategias aplicadas de GC en salud pública

Una estrategia de GC orientada a reducir la carga de enfermedades no transmisibles, como las cardiovasculares, debe considerar factores sociales,

tecnológicos, institucionales y culturales. La infraestructura digital permite el acceso a información en tiempo real, facilitando la toma de decisiones clínicas y comunitarias (Bernal-Acevedo y Forero-Camacho, 2011). Las redes locales de conocimiento mejoran la difusión de experiencias y conocimientos entre actores del sistema (Gresham et al., 2013; Misnaza et al., 2022; INS, 2019), mientras que tecnologías como la telemedicina fortalecen la relación entre pacientes y profesionales (OMS, 2020).

También es vital fomentar una cultura de colaboración y aprendizaje continuo, donde se articulen saberes científicos y tradicionales, y se promueva la formación de promotores de salud y líderes comunitarios (OMS, 2024; Nutbeam, 2000). Esta cultura debe ser acompañada por programas de alfabetización en salud que fortalezcan la comprensión ciudadana sobre factores de riesgo y autocuidado (Liu et al., 2020; Schillinger et al., 2002).

Además, la integración de actores clave —como decisores políticos, profesionales sanitarios, investigadores y comunidades— es esencial para una estrategia de GC efectiva. Esta integración requiere enfoques de comunicación intercultural sensibles a la diversidad social y cultural (Alwan et al., 2010; Perusset, 2023).

Asimismo, la GC en salud pública debe considerar la generación, transferencia y aplicación de conocimiento con base en evidencia epidemiológica. Esto permite monitorear el impacto de las intervenciones y retroalimentar políticas sanitarias desde un enfoque participativo (Martínez et al., 2015; Lagos-Garrido & Paravic-Klijn, 2015; Departamento Administrativo de la Función Pública, 2021).

2.3. Evaluación, sostenibilidad y toma de decisiones

Para garantizar la sostenibilidad de las estrategias de GC en salud, es indispensable establecer indicadores de impacto que midan su efectividad. Del mismo modo, deben promoverse espacios de retroalimentación comunitaria y asegurar mecanismos de financiamiento sostenibles, tanto nacionales como internacionales (De Salazar, 2011; Nebot y Victoria, 2011).

La toma de decisiones en salud, además, está influida por factores institucionales, políticos y personales. La gestión del conocimiento proporciona un soporte sólido al proceso decisorio, al facilitar el acceso a información pertinente, oportuna y contextualizada (Costa y Almendro, 2009). Este proceso implica un balance entre evidencia científica, pertinencia sociocultural y gestión del riesgo (OPS, 2018).

En conclusión, la gestión del conocimiento aplicada al ámbito sanitario trasciende la dimensión técnica y adquiere un rol estratégico en la construcción de sistemas de salud más equitativos, resilientes y centrados en las personas. Integrar los fundamentos teóricos con prácticas contextualizadas permite maximizar el impacto de las estrategias sanitarias y reducir desigualdades estructurales. La GC en salud pública no solo administra información, sino que genera valor social, fortalece el capital humano y posibilita una transformación profunda del sistema sanitario.

3. Diseño metodológico: Análisis cualitativo de las dinámicas de gestión del conocimiento en salud en el municipio de La Cumbre

Esta investigación adoptó un enfoque cualitativo (Hernández-Sampieri et al., 2014) que facilitó la comprensión de los procesos de gestión del conocimiento en el ámbito de la salud pública, particularmente en el municipio de La Cumbre. Este abordaje metodológico permitió interpretar un fenómeno complejo como lo es la salud, donde se requiere no solo comprender las estructuras formales, sino también las dinámicas sociales y culturales que subyacen a los procesos de creación, transferencia y aplicación del conocimiento.

La investigación se fundamentó en dos componentes metodológicos principales: una revisión bibliográfica y un trabajo de campo basado en entrevistas semiestructuradas, que permitieron una comprensión más holística de las dinámicas de gestión del conocimiento en el sector salud. Este método cualitativo posibilitó descubrir cómo los distintos actores conceptualizan, valoran y participan en los procesos de gestión del conocimiento, así como la identificación de factores culturales y organizacionales que facilitan u obstaculizan estos procesos.

Las entrevistas semiestructuradas se implementaron en dos modalidades: virtual y presencial. La entrevista virtual fue validada por un panel de expertos, quienes aplicaron criterios de importancia, influencia, adecuación

gramatical y suficiencia. Su estructura incorporó constructos alineados con las principales fases del ciclo de gestión del conocimiento: creación, captura, producción y diseminación/aplicación.

Complementariamente, se realizaron 4 entrevistas presenciales a promotoras de salud del municipio, quienes fueron seleccionadas a partir de criterios técnicos (que tuvieran al menos cinco años de experiencia en programas relacionados con enfermedades cardiovasculares); criterios comunitarios (un conocimiento profundo del territorio) y criterios psicosociales (habilidades comunicativas, empatía y capacidad de escucha activa).

El enfoque cualitativo adoptado ha demostrado ser particularmente valioso para revelar las complejas interacciones entre los aspectos formales e informales de la gestión del conocimiento, así como para destacar el papel crucial que desempeñan los actores locales en estos procesos.

4. Brechas y oportunidades en la gestión de conocimiento local

Los resultados están orientados a responder cómo se dan las dinámicas de gestión del conocimiento y salud en las diferentes fases del ciclo de gestión

del conocimiento en cuatro países, que fueron destacados en la búsqueda bibliográfica realizada. Se abordó en la búsqueda el periodo 2000-2024, para reflejar la evolución del concepto gestión del conocimiento en salud. La información se clasificó según cada fase del ciclo de gestión del conocimiento: creación del conocimiento; captura del conocimiento; producción del conocimiento y diseminación/aplicación del conocimiento. La búsqueda bibliográfica permitió identificar políticas, programas, instituciones y herramientas para la diseminación del conocimiento, en algunos países de América Latina, que arrojaron elementos. Se abordó tanto información de bases de datos (artículos en revistas indexadas), como literatura gris y revisión de sitios web gubernamentales. Los criterios de inclusión finales fueron: escritos o publicados en Brasil, México, Chile y Colombia; relacionados con políticas, programas, identificar instituciones clave en la producción del conocimiento, plataformas digitales y redes colaborativas para la gestión del conocimiento en salud. En América Latina se ha presentado una evolución del tema de gestión del conocimiento en salud desde el año 2000. Los esfuerzos más destacados se presentan en el cuadro 1.

Cuadro 1 Iniciativas en gestión del conocimiento en salud en 4 países de América Latina

País	Creación del conocimiento	Captura de conocimiento	Producción del conocimiento	Diseminación/Aplicación del conocimiento
Brasil	Políticas públicas Sistema Nacional de Información en Salud. Estudios Observatório de Políticas de Saúde Pública	Programa de salud: "Mais Médicos"	Institución: Fiocruz	Plataforma digital: DATASUS

Cont... Cuadro 1

Chile	Política pública: redes integradas de salud (RIS)	Programa de salud: "Chile Crece Contigo"	Estudios sobre la obesidad y su impacto en salud pública.	Redes colaborativas: FETALMED
México	Política pública Estrategia Nacional de Prevención de la Obesidad	Programa de salud: "Seguro Popular"	Estudios académicos: Instituto Nacional de Salud Pública	Plataforma tecnológica: SINAVE
Colombia	Política pública Estrategia Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud (CTel)	Programa de salud: "Red de Conocimiento en Salud Pública Sistema de Información de la Protección Social" (SISPRO)	Estudios de: Instituto Nacional de Salud (INS) Universidades	Iniciativas tecnológicas: SISPRO Telemedicina

Brasil ha implementado un robusto sistema de gestión del conocimiento en salud, destacándose el Sistema Nacional de Información en Salud como eje central para la estandarización y recolección sistemática de datos epidemiológicos. Esta infraestructura sustenta investigaciones en salud pública, muchas de las cuales se difunden a través del Observatorio de Políticas de Salud Pública. Un ejemplo paradigmático es el programa Mais Médicos (2013), política pública diseñada para abordar disparidades geográficas en la atención sanitaria mediante la redistribución de profesionales médicos a zonas remotas y desatendidas del Sistema Único de Salud (SUS) (Silva et al., 2017; Kemper et al., 2018). Esta iniciativa cumple una triple función: Ampliar el acceso a servicios básicos de salud; mejorar la calidad mediante la humanización de la atención; y fortalecer la Estrategia de Salud Familiar, resolviendo aproximadamente el 80% de los problemas de salud en el primer nivel de atención.

En el ámbito investigativo, la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz) - institución pionera creada en 1900 bajo el Ministerio de Salud - ha generado contribuciones científicas

fundamentales. Su trayectoria abarca desde innovaciones en enfermedades tropicales (fiebre amarilla, viruela) hasta estudios recientes sobre COVID-19. Fiocruz opera como un hub de conocimiento mediante la producción de investigación traslacional; la difusión a través de su repositorio institucional Arca Datos; y las colaboraciones interinstitucionales.

Complementariamente, el sistema DATASUS optimiza la gobernanza sanitaria al proveer datos epidemiológicos estandarizados para la toma de decisiones basada en evidencia. Esta plataforma representa un modelo efectivo de integración entre generación de conocimiento y políticas públicas en salud.

Por su parte, Chile ha desarrollado políticas innovadoras para la gestión del conocimiento en salud, destacando el modelo de Redes Integradas de Salud (RIS), definido como "una red de organizaciones que presta servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, asumiendo responsabilidad por sus resultados clínicos y por el estado de salud de la población servida" (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2010, p. 15). Paralelamente, el programa Chile

Crece Contigo - actualmente denominado Chile Crece Más - representa un sistema integral de protección a la infancia que recopila datos multidimensionales sobre el desarrollo infantil, demostrando cómo el apoyo político sostenido y la financiación adecuada pueden traducirse en intervenciones efectivas (Torres et al., 2018).

La producción científica chilena ha hecho contribuciones significativas en el estudio de la obesidad y sus impactos en salud pública, con investigaciones lideradas principalmente por el Ministerio de Salud (Calderón-Díaz et al., 2023; Sarrias & Blanco, 2022). En el ámbito de la transferencia del conocimiento, instituciones como FETALMED se han destacado por su labor en la traducción de evidencia médica a protocolos clínicos y programas de capacitación profesional.

En el caso mexicano, la implementación de la Estrategia Nacional de Prevención de la Obesidad en 2014 marcó un punto de inflexión en la investigación sobre enfermedades crónicas no transmisibles. Programas como el Seguro Popular incorporaron conocimientos regionales para mejorar la cobertura sanitaria, mientras que el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) ha generado evidencia crucial en áreas como salud materna y enfermedades infecciosas. El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) ha demostrado ser una herramienta valiosa para el monitoreo y diseminación de datos epidemiológicos.

Al comparar ambos contextos nacionales, emergen patrones comunes relevantes. La adopción de plataformas digitales para la gestión del conocimiento en salud; la colaboración internacional como motor para la producción científica; y el enfoque prioritario en enfermedades

no transmisibles como desafío regional compartido

Estos elementos sugieren que los sistemas de salud latinoamericanos enfrentan retos similares y están desarrollando respuestas convergentes, donde la articulación entre investigación, políticas públicas y sistemas de información resulta fundamental para lograr impactos sostenibles.

Si se compara a Colombia con otros países, se encuentra que tiene en común con Brasil y México, la utilización de plataformas digitales para centralizar y diseminar datos; y con Chile tiene la similitud que prioriza la integración de redes locales para enfrentar desigualdades en acceso a la salud. A diferencia de los otros países analizados, Colombia tiene un enfoque en la salud rural, y centra su producción académica en el tema de las enfermedades tropicales y condiciones endémicas como la malaria.

5. Cumbre en perspectiva: ¿Cómo avanzar hacia una GC sostenible en salud?

La gestión del conocimiento (GC) emerge como un eje estratégico para fortalecer los sistemas de salud en contextos rurales, donde las limitaciones estructurales —como la fragmentación de servicios, la escasa infraestructura tecnológica y la discontinuidad de políticas— obstaculizan la equidad sanitaria. El caso del municipio de La Cumbre (Colombia) ilustra estos desafíos, pero también revela oportunidades para transformar la GC en un catalizador de innovación y sostenibilidad en salud pública.

5.1. Brechas críticas en la gestión del conocimiento

El análisis evidencia una GC fragmentada, centrada en reportes epidemiológicos obligatorios, pero carente de sistematización integral de programas locales. Esta debilidad coincide con hallazgos regionales, donde la falta de tecnologías de información y capital humano especializado limita la articulación interinstitucional. Además, la ausencia de comunidades de práctica —claves para transferir conocimiento tácito y explícito (Wenger et al., 2019)— y la escasa adaptación cultural del conocimiento técnico-científico (Neuman, 2009) reflejan un desfase entre las estrategias nacionales y las necesidades contextuales. La rendición de cuentas municipal (Alcaldía La Cumbre, 2023) alude vagamente a la GC, sin mecanismos claros para evaluar el impacto de intervenciones como talleres educativos o tamizajes, lo que dificulta la medición de su efectividad.

5.2 Prácticas promisorias y aprendizajes

Pese a las brechas, se identifican prácticas con potencial para cimentar una GC sostenible en el municipio:

- Adaptación local del conocimiento: La traducción de directrices nacionales a estrategias contextualizadas (ej. talleres comunitarios) demuestra la capacidad de los actores locales para integrar evidencia científica a realidades socioculturales.
- Alianzas intersectoriales: La colaboración con hospitales, colegios y el sector empresarial sugiere un modelo incipiente de redes colaborativas, alineado con experiencias exitosas en América

Latina (ej. Mais Médicos en Brasil).

- Roles comunitarios: Las promotoras de salud actúan como puentes entre el sistema sanitario y la población, facilitando la apropiación social del conocimiento —aunque su labor carece de sistematización—.

5.3. Recomendaciones para una GC transformadora

Avanzar hacia un modelo robusto de GC en el municipio de La Cumbre requiere:

- Institucionalizar la gestión del conocimiento: Crear una unidad municipal con presupuesto dedicado, responsable de estandarizar procesos, sistematizar experiencias y monitorear impactos.
- Tecnologizar con enfoque low-cost: Implementar plataformas digitales accesibles (ej. adaptaciones locales de SISPRO) para integrar datos clínicos, comunitarios y epidemiológicos.
- Fortalecer capacidades locales: Desarrollar programas de alfabetización en salud y formación continua para actores clave, priorizando metodologías participativas.
- Evaluar con rigor: Diseñar indicadores de impacto con participación comunitaria, midiendo no solo coberturas, sino cambios conductuales y reducción de inequidades.

El municipio de La Cumbre enfrenta desafíos comunes a municipios rurales latinoamericanos, pero su contexto ofrece un espacio único para innovar en GC. La clave radica en equilibrar evidencia científica con saberes locales, garantizando continuidad política y empoderamiento comunitario. Esto no

solo mejoraría la salud cardiovascular —prioritaria en la región—, sino que sentaría las bases para un sistema sanitario resiliente, alineado con el ODS 3 (salud y bienestar). Futuras investigaciones deberán explorar el diseño de herramientas tecnológicas low-cost y el rol de las redes colaborativas en la escalabilidad de las intervenciones.

6. Conclusiones

Este estudio concluye que las dinámicas de gestión del conocimiento (GC) en salud pública en el municipio de La Cumbre, Colombia, indican avances significativos en capacitación y alianzas intersectoriales, pero también presentan desafíos críticos en sistematización, sostenibilidad e infraestructura tecnológica. Los hallazgos permiten concluir que, si bien el municipio responde eficientemente a demandas nacionales de reporte epidemiológico (ej.: ASIS), persisten brechas en la transformación de datos en conocimiento aplicable, la evaluación de impacto de las intervenciones y la integración de comunidades de práctica. La ausencia de estrategias estructuradas de GC limita la continuidad de políticas públicas en salud cardiovascular, exacerbada por cambios administrativos frecuentes y recursos insuficientes.

No obstante, se destacan prácticas promisorias, como la adaptación local de conocimiento mediante talleres educativos y el rol clave de las promotoras de salud como puentes entre la comunidad y el sistema sanitario. Estas experiencias subrayan la importancia de fortalecer la alfabetización en salud, la colaboración interinstitucional y el uso de tecnologías digitales accesibles (ej.: plataformas como SISPRO). Tres acciones prioritarias surgen de este

estudio: 1) institucionalizar: crear una unidad municipal de GC con presupuesto asignado; 2) tecnologizar: Lagimplementar plataformas low cost, tipo SISPRO para sistematizar datos; y 3) evaluar: diseñar indicadores de impacto con participación comunitaria, para lo cual se pueden aprovechar las lecciones de iniciativas latinoamericanas exitosas (ej.: *Mais Médicos* en Brasil o *Chile Crece Contigo*), adaptándolas al contexto rural y multicultural de La Cumbre.

En síntesis, la GC en salud no solo es viable en municipios con limitaciones estructurales, sino esencial para reducir inequidades y alcanzar el ODS 3. Su éxito dependerá de integrar evidencia científica con saberes locales, priorizando la continuidad de las estrategias y el empoderamiento de actores comunitarios. Futuras investigaciones podrían profundizar en el diseño de herramientas tecnológicas low-cost y en el impacto de la GC en indicadores concretos de salud cardiovascular.

Referencias

- Alwan, A., Maclean, D. R., Riley, L. M., d'Espaignet, E. T., Mathers, C. D., Stevens, G. A., & Bettcher, D. (2010). Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *Lancet*, 376(9755), 1861–1868. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61853-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61853-3)
- Bernal-Acevedo, O., y Forero-Camacho, J. C. (2011). Sistemas de información en el sector salud en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 10(21), 85-100. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272011000200006&lng=en&lng=es.

- Calderón-Díaz, M., Serey-Castillo, L. J., Vallejos-Cuevas, E. A., Espinoza, A., Salas, R., & Macías-Jiménez, M. A. (2023). Detection of variables for the diagnosis of overweight and obesity in young Chileans using machine learning techniques. *Procedia Computer Science*, 220, 978–983. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2023.03.135>
- Corvalán, C., Garmendia, M. L., Jones-Smith, J., Lutter, C. K., Miranda, J. J., Pedraza, L. S., Popkin, B. M., Ramirez-Zea, M., Salvo, D., & Stein, A. D. (2017). Nutrition status of children in Latin America. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 18 Suppl 2, 7–18. <https://doi.org/10.1111/obr.12571>
- Costa, A. M., y Almendro, C. (2009). Un modelo para toma de decisiones compartida con el paciente. *Aten Primaria*, 41(5), 285-287. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.07.014>
- De Salazar, L., (2011). Articulación de sistemas de vigilancia en salud pública a la evaluación de efectividad de programas. *Colombia Médica*, 42(3), 342-351.
- Departamento Administrativo de la Función Pública (2021). Abecé de la integración de la gestión del conocimiento y la innovación. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/abc-gestion-conocimiento-fs.pdf>
- García Saisó, S., Marti, M. C., Mejía Medina, F., Pascha, V. M., Nelson, J., Tejerina, L., Bagolle, A., & D'Agostino, M. (2022). Digital transformation for more equitable and sustainable public health in the age of digital interdependence. *Transformação digital para uma saúde pública mais equitativa e sustentável na era da interdependência digital. Revista panamericana de salud pública [Pan American journal of public health]*, 46, e1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.1>
- Gresham, L. S., Smolinski, M. S., Suphanchaimat, R., Kimball, A. M., & Wibulpolprasert, S. (2013). Creating a global dialogue on infectious disease surveillance: connecting organizations for regional disease surveillance (CORDS). *Emerging Health Threats Journal*, 6(1), 19912. <https://doi.org/10.3402/ehj.v6i0.19912>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill Education.
- Instituto de Prospectiva e Innovación en Salud- INNOS. (2023). *Panorama del Ecosistema de Innovación en Salud en Colombia 2023*. <https://consultorsalud.com/ecosistema-de-innovacion-en-salud-de-colombia/>
- Instituto Nacional de Salud (2019). Redes del conocimiento en salud pública. <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/Redes-conocimiento-Salud-Publica-RCSP.pdf>
- Kemper, E. S., Tasca, R., Harzheim, E., Jiménez, J. M. S., Hadad, J., & de Sousa, M. F. (2018). Universal health coverage and the More Doctors physician recruitment program (Programa Mais Médicos) in Brazil. *Cobertura universal de salud y el programa Más Médicos (Programa Más Médicos) en Brasil. Revista panamericana de salud pública [Pan American journal of public health]*, 42, e1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.1>
- Lagos-Garrido, M. E., & Paravic-Klijn, T. (2015). Generación, difusión y transferencia del conocimiento de enfermería a la práctica del

- cuidado. *Ciencia y Enfermería (Impresa)*, 21(2), 127–134. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532015000200012>
- Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., Ju, X., & Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family Medicine and Community Health*, 8(2), e000351. <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000351>
- Martínez, E., López, J. M., y Salas, L. (2015). Lecciones aprendidas de gestión del conocimiento para la salud pública: algunos espacios observados en Colombia. *Gerencia y Políticas de Salud*, 14(29). <https://doi.org/10.11144/javeriana.rgyps14-29.lagc>
- Misnaza, S., Cruz, E., Parra, A. I., Salas-Quijano, S., Giraldo, D. C., Santana, D., y Castañeda, C. (2022). Análisis de redes sociales de la red de conocimiento en salud pública del Observatorio Nacional de Salud de Colombia: un análisis de documentos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 21, 1-21. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/32557>
- Nebot, M., y Victoria, C. (2011). Valorando la efectividad de las intervenciones en salud pública: la fuerza de los «diseños evaluativos débiles». *Gac Sanit.*, 25(1), 1-2. <https://core.ac.uk/download/pdf/81982637.pdf>
- Neüman, M. I. (2009). Construcción de la Categoría: Apropiación Social". *Quórum Académico*, 5(2). <https://produccioncientificaluz.org/index.php/quorum/article/view/29219>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Organización Mundial de la Salud-OMS (2020). *Estrategia mundial sobre salud digital 2020-2025*. <https://www.who.int/es/publications/item/9789240020924>
- Organización Mundial de la Salud-OMS (2024). *Alfabetización en materia de salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy#:~:text=Mejorar%20la%20alfabetizaci%C3%B3n%20en%20materia%20de%20salud%20de,la%20salud%20y%20la%20equidad%20en%20la%20salud>.
- Organización Panamericana de la Salud- OPS (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud. Concepto, opciones de políticas y hoja de ruta para su implementación en las Américas* (Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/ OMS, Ed.).
- Organización Panamericana de la Salud-OPS (2018). *Metodologías de la OPS/ OMS para intercambio de información y gestión del conocimiento en salud*. OPS. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52952/Decisionespublicas_spa.pdf?sequence=1
- Organización Panamericana de la Salud-OPS (s. f.). *Gestión del conocimiento y acceso a la información en salud*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/gestion-conocimiento-acceso-informacion-salud>
- Parra-Henao, G. (2022). Reflexiones sobre innovación en salud pública: avances y retos en Colombia. *Biomédica*, 42(4), 550-553. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-

- [41572022000400550&lng=en&tlng=es.](https://doi.org/10.3390/ijerph20227084)
- Paucar-Caceres, A., Vílchez-Román, C., & Quispe-Prieto, S. (2023). Health literacy concepts, themes, and research trends globally and in Latin America and the Caribbean: A bibliometric review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(22), 7084. <https://doi.org/10.3390/ijerph20227084>
- Perusset, M. (2023). Comunicación intercultural en contextos atravesados por la diversidad cultural. *Lengua y Sociedad*, 22(1), 101–116. <https://doi.org/10.15381/lengsoc.v22i1.23297>
- Sarrias, M., & Blanco, A. (2022). Bodyweight and human capital development: Assessing the impact of obesity on socioemotional skills during childhood in Chile. *Economics and Human Biology*, 47(101190), 101190. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2022.101190>
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., Palacios, J., Sullivan, G. D., & Bindman, A. B. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 288(4), 475–482. <https://doi.org/10.1001/jama.288.4.475>
- Silva, H. P., Tavares, R. B., Comes, Y., Pereira, L. L., Shimizu, H. E., Merchán-Hamann, E., & Bermúdez, X. P. (2017). O Projeto Mais Médicos para o Brasil: desafios e contribuições à Atenção Básica na visão dos médicos cooperados. *Interface*, 21(suppl 1), 1257–1268. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0531>
- Torres, A., Lopez Boo, F., Parra, V., Vazquez, C., Segura-Pérez, S., Cetin, Z., & Pérez-Escamilla, R. (2018). Chile Crece Contigo: Implementation, results, and scaling-up lessons. *Child: Care, Health and Development*, 44(1), 4–11. <https://doi.org/10.1111/cch.12519>
- Wenger, E., McDermott, R., & Snyder, W. (2019). *Cultivating communities of practice: A guide to managing knowledge (2nd ed.)*. Harvard Business Review Press.
- World Health Organization. (2023). *Community engagement for quality*. World Health Organization. <https://qualityhealthservices.who.int>