

INDICADORES SOCIALES CONVENCIONES LATINOAMERICANAS

LATINOAMERICA 2013-2018

LUISA
FERNANDA
DUQUE PAZ



UNIVERSIDAD
ICESI

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



CONOCIMIENTO EN SALUD
OCASION SOCIAL
EN SALUD
 LATINOAMERICA 2013-2018



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



ACCESIBILIDAD A SERVICIOS DE SALUD.

ODS
ENFOQUE DE GÉNERO.
EMPODERAMIENTO
DESARROLLO LOCAL E INCLUSIÓN
CARTA DE OTTAWA.
RECURSIVIDAD
ESCALABILIDAD Y REPLICABILIDAD
BIEN COMÚN
EVIDENCIA CIENTÍFICA
PROGRESO HUMANO
DESGARROLLO SOCIAL
PERSPECTIVA SOCIAL DE LA SALUD
APROPIACIÓN SOCIAL DEL CONOCIMIENTO
DESARROLLO SOCIAL
PROMOCIÓN DE LA SALUD
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA
INTERDISCIPLINARIEDAD E INTERSECTORIALIDAD.
EDUCACIÓN EN SALUD
INNOVACIÓN
DECLARACIÓN DE ALMA ATA
ARTICULACIÓN CON EL
MODELO DE LOS
DETERMINANTES
SOCIALES DE LA SALUD
SOSTENIBLES

Investigación Documental sobre Innovación Social en Salud en Latinoamérica, 2013-2018.

Luisa Fernanda Duque Paz

Facultad de Ciencias Sociales, Universidad ICESI

Trabajo de grado para optar al título de Magister en Gerencia para la Innovación Social

Directora: Diana María Castro-Arroyave, PhD

Junio 22, 2020

Dedicatoria

A mi mamá y mi papá por su trabajo y esfuerzo que hicieron posible este logro, infinitamente agradecida.

A mi abuela, mi hermano y a mi Lupa, por creer en mí y ser parte de mi día a día y mi hogar incondicional.

A Diana, la mejor tutora de tesis de maestría que la vida me pudo dar. Fuente de inspiración y ejemplo a seguir. Vencer este reto fue posible por ti, porque no me soltaste de la mano y acompañaste hasta el fin.

A Sebastián, team! gracias por tu compañía constante durante noches de desvelo, motivándome a seguir, a confiar en mí y a no rendirme.

De ultima, pero no menos importante, la dedico a mí por luchar hasta lograrlo...

Agradecimientos

Una vez leí esta frase atribuida a William Barclay,

There are two great days in a person's life - the day we are born and the day we discover why.

Hay dos grandes días en la vida de una persona - el día que nace y el día que descubre por qué

Desde que descubrí que aprender es mi por qué,

Agradezco infinitamente a la existencia por permitirme el lujo de aprender cada día, no sólo en la universidad, sino también en la vida.

Agradezco todos los errores que cometí en el proceso porque de fallar, dudar, perderse y encontrarse también se aprende.

Quiero expresar un profundo agradecimiento hacia todas las personas que han contribuido a que mi experiencia de aprendizaje como persona, estudiante y como profesional se enriquezca y solidifique.

Gracias a las personas que han logrado inspirarme a trabajar duro,

A la Doctora Nancy porque gracias a su trabajo y pasión ha contribuido enormemente en la formación de excelentes investigadores y profesionales, y por brindarme la oportunidad de vincularme con la institución que lidera a través de una pasantía de maestría en el marco de un convenio internacional que me llevó a comprender en gran medida lo que es la innovación social en salud a través de la investigación que aquí adelanto.

A Maria Isabel por presentarme a la Innovación Social como campo académico y profesional, como también la maravillosa oportunidad de llegar a la pasantía de maestría en CIDEIM que me ha traído tanta satisfacción, conocimientos, experiencia profesional y nuevos amigos.

Agradezco a la Universidad Icesi por traer la Innovación Social a Cali, a CIDEIM y al SIHI LAC-Hub por presentarme un equipo de trabajo que se apasiona por la ciencia y la rigurosidad metodológica para mejorar las condiciones de salud a nivel local y regional, a través de la ciencia y la investigación. A Carlos Rojas y a Diana por abrirme las puertas en la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, en Medellín.

Agradezco la orientación tan importante brindada por Sandra Paola López Vargas, Asistente de Servicios Especializados de Información- Syri-Biblioteca de la Universidad Icesi, en el inicio de mi búsqueda documental, y a la Doctora Paula Meneses Alves, profesora de la Universidad Federal de Minas Gerais en Brasil por aportar valiosos lineamientos éticos a tener en cuenta dentro de una investigación documental.

Tabla de contenido

Índice de Figuras	11
Abreviaturas	12
Introducción.....	15
Capítulo I.....	27
Objeto de estudio: la investigación documental como método para la comprensión de la Innovación Social en Salud	27
1.1 Antecedentes.....	27
1.2 Planteamiento del problema de investigación	36
1.3 Justificación	38
1.4 Objetivo General	41
1.5 Objetivos Específicos	42
1.6 Metodología.....	42
1.6.1 Momentos del proceso metodológico:.....	44
Momento 1. Búsqueda de material documental.....	45
Momento 2. Selección del material	53

Momento 3 - Análisis de los datos.....	54
1.7 Consideraciones Éticas.....	57
Capítulo II.....	59
La innovación social en salud, un concepto en construcción.....	59
2.1 Geografía de la Investigación e implementación de Iniciativas en IS en salud en Latinoamérica	60
2.2 El Caso de Colombia y Brasil	64
2.3 Comportamiento Temporal Identificado en la Aplicación e Investigación en IS en salud.....	68
2.4 Descripción de los textos por tipo de publicación.....	72
2.5 Caracterización de los Artículos de la Muestra Seleccionada.....	73
2.5 Ranking de las revistas de la muestra.....	74
2.6 Sectores Dinamizadores de la Producción de Conocimiento sobre la IS en salud... ..	82
2.7 Relación entre Descriptores Indexados en Tesauros y Palabras Relacionadas	90
2.8 Enfermedades o Eventos en Salud Latinoamérica	91
Capítulo III	94
Aproximación al concepto de la Innovación Social en salud a partir de sus enfoques ..	94
3.1 La IS en salud como concepto a partir de algunas experiencias Latinoamericanas	110

3.2 Recorrido descriptivo de los enfoques de la muestra	112
3.3 Reconocimiento de los criterios más representativos de los enfoques de la muestra documental	124
3.4 Particularidades de Algunas Iniciativas de la Muestra.....	127
Capítulo IV	135
Criterios característicos de la Innovación Social en Salud. Un aporte al desarrollo conceptual	135
4.1 ¿Qué puede decirse respecto la aproximación latinoamericana al concepto Innovación Social en Salud, a partir de los criterios identificados?	135
4.2 ¿Cuáles son los criterios característicos de la Innovación Social en salud identificados en la muestra del estudio?	138
4.3 ¿Cómo se relacionan los enfoques y criterios característicos de la IS en salud? ...	140
4.4 ¿Cuáles son las convergencias y divergencias de la innovación social en salud con otros enfoques a partir de los 18 criterios identificados?	145
Capítulo V	158
Hallazgos, Retos y Lecciones Aprendidas en torno a los desarrollos conceptuales y metodológicos de la Innovación Social en Salud en Latinoamérica	158
5.1 OE1. Identificar la construcción conceptual sobre la IS y sus posibles aplicaciones en salud en Latinoamérica.	158

5.2 OE2. Caracterizar y contextualizar la producción teórica y metodológica de la IS en salud para contribuir a su conceptualización como objeto de estudio.....	163
5.3 OE3. Describir las lecciones aprendidas que a partir de las experiencias en IS en salud han emergido en Latinoamérica.	167
5.4 Retos y limitaciones	170
Referencias	179

Índice de Tablas

Tabla 1	32
Tabla 2	47
Tabla 3	49
Tabla 4	51
Tabla 5	51
Tabla 6	55
Tabla 7	61
Tabla 8	67
Tabla 9	68
Tabla 10	75
Tabla 11	77
Tabla 12	81
Tabla 13	83
Tabla 14	85
Tabla 15	87
Tabla 16	88
Tabla 17	101
Tabla 18	111
Tabla 19	145
Tabla 20	147
Tabla 21	150
Tabla 22	151

Tabla 23	153
Tabla 24	154

Índice de Figuras

Figura 1	45
Figura 2	62
Figura 3	63
Figura 4	64
Figura 5	69
Figura 6	73
Figura 7	76
Figura 8	78
Figura 9	80
Figura 10	84
Figura 11	86
Figura 12	92
Figura 13	141
Figura 14	142

Abreviaturas

Abreviatura	Significado
ALEF	Grupo de Investigación Altos Estudios de Frontera
ANSPE	Agencia Nacional para la superación de la pobreza
APS	Atención Primaria en Salud
AMIF	Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica
ASC	Apropiación Social del Conocimiento
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CEDIC	Centro para el desarrollo de la investigación científica
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIDEIM	Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas
CRESSI	Creating Economic Space for Social Innovation
CSI	Centre for Social Innovation
CTel	Ciencia, tecnología e innovación
DH	Derechos Humanos
DNP	Departamento Nacional de Planeación
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
EPD	Escuelas Populares del Deporte
ERIC	Education Resources Information Center
FHP	Programa de salud familiar
GIPCD-ULA	Grupo de Investigación en Procesamiento Computacional de Datos
HASSET	Humanities and Social Science Electronic Thesaurus
HSH	Sexo con Hombres
IF	Impact factor
IS	Innovación Social
IC	Indagación Científica Escolar
ISBC	Innovación Social basada en la comunidad
IT	Innovación tecnológica
IT en Salud	Innovación tecnológica en salud
IS en salud	Innovación Social en salud
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LAC	Latinoamérica y El Caribe
LASIN	Latin American Social Innovation Network
LIPS	Sistema local innovador y productivo
LMIC	Low Middle Income Countries
Mhealth	Aplicaciones móviles

MGIS	Maestría en Gerencia para la Innovación Social
MME	Mortalidad Materna Extrema
NESTA	Fondo Nacional de Ciencia, Tecnología y Arte
ND	Not Disponible
NTD	Neglected Tropical Diseases / Enfermedades Desatendidas de la Pobreza
OCDE	Organization for Economic Cooperation and Development
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
PCD	Personas con discapacidad
PIB	Producto Interno Bruto
PID	Personas que se Inyectan Drogas
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
SIHI	Social Innovation in Health Initiative
SIHI-LAC	Hub SIHI-LAC
TEPSIE	Theoretical, Empirical and Policy Foundations for Social Innovation in Europe
TIC	Tecnologías de la Información y Comunicación
TIS	Tecnologías para la inclusión social
UNBIS	United Nations Bibliographic Information System
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
VE	Violencia Estructural
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus de Papiloma Humano

“Los complejos problemas sociales, ambientales y económicos a los que nos enfrentamos hoy son demasiado grandes para que una sola organización los aborde. Nos exigen que trabajemos juntos de nuevas maneras para abordar las causas de los problemas y crear nuevos resultados que puedan cambiar sistemas completos.”

systemschargers.com

Introducción

Este trabajo de investigación parte de la premisa de que la salud es un derecho fundamental de los seres humanos, y desde que este derecho fue reconocido y legitimado por países, organismos multilaterales y entidades de influencia global, se ha determinado como imperante la tarea de superar los dilemas del acceso y calidad de la salud. En el caso de Colombia, este reconocimiento se da en el artículo 49 de la Constitución Política del país¹. En esta misma lógica, la salud se ha convertido en prioridad de la agenda global, con el fin de buscar, investigar y promover enfoques o estrategias idóneas y versátiles que estén en capacidad de cerrar las brechas entre la situación actual y la deseada, en el panorama de la salud para las comunidades y sociedad en general.

Es en este momento cuando se dirige la atención a la Innovación Social (IS) por concebirse como la apuesta que puede contribuir al desafío de retos sistémicos en diferentes niveles y ámbitos, y para el caso particular de esta investigación documental, enfatiza el nivel regional y el ámbito específico de la salud.

En este sentido es importante partir de qué es la IS, cuáles son los principales aspectos que la determinan y cuáles son sus propuestas para la implementación, con el fin de avanzar en la comprensión de lo que podría significar su aplicación en el ámbito específico de la salud, bajo la nueva categoría conceptual de Innovación Social en salud, (IS en salud). Mediante esta investigación documental se busca responder a interrogantes relacionados con la producción de conocimiento teórico-metodológico sobre la IS en salud para lograr una aproximación a la identificación de sus principales características, encontrar particularidades entre características,

¹ Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Artículo 49 de la Constitución Política de Colombia.

además de puntos de encuentro y desencuentro entre los diferentes enfoques que relacionan a las variables “innovación”, “tecnología”, “salud” y “desarrollo”, entre otros. Se hace alusión a la producción metodológica, a aquellos textos que presentan o describen experiencias de IS en salud, es decir aplicaciones de la IS al campo de la salud que devienen de Organizaciones no Gubernamentales (ONG’s) y en algunos casos, de proyectos o programas liderados por universidades.

Lo anterior ha podido lograrse a partir de un proceso de revisión sistemática de publicaciones sobre Innovación Social en salud entre 2013 y 2018, proceso que siguió las posturas teóricas y metodológicas de la investigación documental que propone Vélez & Galeano (2002), buscando con ello, tener una lectura contextualizada de las realidades sociales y de la salud en la región. Con esta investigación se realizó una aproximación al concepto y experiencias sobre la IS en salud en la región desde diferentes enfoques teóricos y metodológicos para la intervención e investigación con perspectiva de IS en salud en Latinoamérica.

Para el desarrollo de este proceso, se empezó por describir las realidades de la región en cuanto a la salud y al contexto social en general, haciendo un recorrido por algunos aspectos que convergen en la complejidad que la caracteriza y que está asociada a las condiciones de inequidad social que históricamente se han hecho presentes en todas sus esferas sociales, políticas y culturales, empezando por nombrar la notoria inequidad distributiva de los ingresos, mucho más evidente en unos países que en otros.

Esta investigación se concentra en una región cuyas condiciones de pobreza se ven reflejadas en la ausencia, déficit o escasez de bienes o elementos básicos para la subsistencia, tales como alimentos, vivienda, educación, asistencia sanitaria y agua potable; así como de los medios para obtenerlos. Las situaciones de vulnerabilidad social que son constantes en los países de la

región, también se expresan en la común formación de asentamientos o zonas usadas para vivienda, conocidas como zonas de invasión en algunos contextos; aun cuando no disponen de las condiciones estructurales ni sanitarias óptimas para vivir, muchas veces se trata de terrenos contaminados o inundables y con problemas sanitarios en general por no contar con sistemas para la eliminación de residuos (Holveck et al., 2007).

Esto, sumado a otro sinnúmero de situaciones de violencia como la violencia intrafamiliar, presencia de grupos armados en algunos casos y de delincuencia común entre otros, favorece la proliferación de ciclos de transmisión de enfermedades infecciosas de la pobreza. Las condiciones de insalubridad generalizadas benefician la propagación de vectores responsables de la transmisión de otras enfermedades típicas de la región como la malaria, el dengue, la leishmaniasis, entre otras. Y si, además de esto, es tenido en cuenta el analfabetismo, el escaso o bajo nivel educativo al que han podido acceder personas principalmente de las zonas suburbanas y rurales, la limitada educación en salud sobre los hábitos adecuados de higiene personal, condiciones de salubridad, tenencia y cuidado de animales como mascotas, hábitos alimenticios saludables, entre otros temas relacionados, conlleva a que gobernantes, académicos, salubristas, profesionales y ciudadanos en general, asuman que se trata de una situación que representa la base propicia para aumentar su vulnerabilidad, y que a su vez, aminora los esfuerzos encaminados a prevenir estas enfermedades, por tanto el reto es cada vez mayor y hace evidente la importancia de ideas novedosas de base comunitaria, para mejorar el acceso y la atención en salud de los latinoamericanos.

Otro aspecto que influye directa e indirectamente en el ámbito de la salud y el bienestar de las comunidades es el contexto de violencia e inestabilidad política que se vive en algunos de los países de la región. La violencia de la que aquí se habla está relacionada con las dinámicas del tráfico y microtráfico de drogas, lo que parece vincularse con el hecho de que 18 de los 20 países

de Latinoamérica y El Caribe, presentan las tasas de homicidios más alta del mundo (Organización Panamericana de la Salud, 2017). La otra cara de la moneda de la realidad del microtráfico, es la repercusión que el consumo de drogas trae a la condición de salud de las personas y cómo estas pueden acceder a servicios de salud que favorezcan la prevención y tratamiento de adicciones y a enfermedades relacionadas a esta.

Adicionalmente, se pueden considerar otras formas de violencia expresadas hacia mujeres, niños, niñas y adolescentes, vinculadas al “machismo”, a las formas de poder que son expresión de conductas de dominio, control y abuso por parte de las figuras masculinas; las incidencias en maltrato físico y psicológico que se presenta en los hogares son altas, muestra de ello es la cifra de abuso sexual infantil en la región que corresponde al 58% para niños entre 0 y 17 años, problemática que va en aumento. Para 2017 Unicef reportó que alrededor de 1,1 millones de niños, niñas y adolescentes en Latinoamérica han sido víctimas de violencia sexual en algún momento de su vida (Conectas, 2018).

En cuanto a algunas cifras sobre la violencia de género, la Organización de Naciones Unidas-ONU- reportó que diariamente mueren 9 mujeres, para un total de 2.559 mujeres que murieron en 2017 en la región, excluyendo a Colombia y México (Reina et al., 2018). Los países con mayor incidencia en esta problemática son El Salvador, Honduras, Guatemala y Nicaragua. Situación que refleja un panorama desalentador para las mujeres, ya que incluso la ONU declaró que Latinoamérica “es la zona más violenta del mundo para ellas [las mujeres] fuera de un contexto de guerra (Reina et al., 2018)”.

En materia de salud, la inequidad se expresa en la persistencia de condiciones que excluyen del sistema de salud a un importante segmento de las personas, ya que no tienen acceso a servicios

de atención básica primaria o cuando la reciben esta carece de indicadores mínimos de calidad. Esta situación de exclusión se acentúa al traslaparse con otras variables como raza, género, etnicidad y si se reside en un lugar de acceso geográficamente distante, se acentúa aún más (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Para una contextualización más puntual sobre datos epidemiológicos y la situación en salud se tomó como base el capítulo Panorama Regional de la Salud en la Américas del 2017, publicado por la OPS (2017) donde se presentó el siguiente reporte sobre Latinoamérica y el Caribe:

La población latinoamericana está envejeciendo y su crecimiento incrementará del 11% al 22% hasta el 2050, trayendo a los sistemas de salud una carga de enfermedades relacionadas con el envejecimiento. Entre el 2010 y el 2015 la tasa de embarazos adolescentes seguía siendo la segunda más alta del mundo. Otro dato general sobre la región es que la inversión promedio del Producto Interno Bruto (PIB) en materia sanitaria para el año 2011 no llegó al 4%, realidad que se experimenta en la cotidianidad cuando las personas asisten para ser atendidos en instituciones hospitalarias o centros de salud y encuentran que no están equipadas con los elementos necesarios que permitan al equipo de profesionales hacer un buen diagnóstico y por ende la posibilidad de brindarles el servicio requerido y que esta atención se refleje en el mejoramiento de su salud (p. 14).

Se conocen problemas críticos de salud-enfermedad relacionados con enfermedades transmitidas por vectores como dengue, malaria, enfermedad de Chagas y leishmaniasis, enfermedades consideradas dentro de los problemas de salud pública más graves en la región.

En Latinoamérica, se presentan las tres formas clínicas principales posibles de la leishmaniasis (mucosa, visceral y mucocutánea), mayoritariamente en los países andinos y

circundantes de la cuenca amazónica (Saravia & Nicholls, 2006), y se asocia su aumento a razón de los cambios ambientales y demográficos. De las tres, la leishmaniasis visceral es la forma sistémica más grave, que suele ser mortal a menos que sea tratada a tiempo y de manera adecuada (Burza et al., 2018). Se han reconocido hasta quince especies de parásitos que transmiten la enfermedad a humanos a través de hasta 50 especies de vectores que posibilitan su transmisión (Mallapaty, 2018).

En cuanto a la enfermedad de Chagas -conocida también como la enfermedad del asesino silencioso, debido a que mayoritariamente quienes la padecen mueren desconociendo haber sido infectados (Carnotto, 2015), se posicionó en la agenda de las autoridades sanitarias debido a la importancia que se otorgó a su condición sintomatológica de enfermedad crónica cardíaca y al brote epidémico asociado a esta; además que, visibilizó un aspecto social importante de la enfermedad, que es la situación de pobreza característica de las viviendas rurales de quienes adquieren la enfermedad. Como cifra importante se encontró que hay más de 7 millones y medio de personas que padecen esta enfermedad en toda Latinoamérica y los países con mayor prevalencia en la región son Bolivia, Argentina, Honduras y El Salvador (Amieva, 2014).

Otra categoría de enfermedades que afecta a la región es la de las enfermedades crónicas transmisibles. La lepra y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) representan un reto para la región. En cuanto al VIH en el 2015 se reportaron 2 millones de personas infectadas mayores de 15 años, afectando en mayor medida a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadores y trabajadoras sexuales, población trans, grupos étnicos y personas que se inyectan drogas (PID) (Organización Panamericana de la Salud, 2017). En cuanto a las cifras de lepra, Brasil es el país que acumula el 91,9% de casos de toda América Latina, aunque se registró una disminución en 3782 casos entre el 2010 y el 2014.

En cuanto a Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) curables se registra una incidencia anual en personas entre 14 a 49 años de 64 millones de nuevos casos. La ITS más común a nivel regional es la del Virus de Papiloma Humano (VPH) En las Américas, el área del Caribe presenta la mayor prevalencia de la región (Trujillo et al., 2017).

Otro grupo de enfermedad crónica transmisible corresponde a la leptospirosis, enfermedad transmitida por las ratas y asociada generalmente con ambientes insalubres y propios de regiones caracterizadas por condiciones de pobreza. Los países que más padecen de esta enfermedad son Brasil, Colombia y Perú (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Como puede verse, las cifras y los datos descritos a través de su descripción en los párrafos anteriores se describe un breve panorama de salud Latinoamericano, y dan cuenta de algunas problemáticas de **base estructural, multidimensional y sistémica** que demandan un abordaje en salud con iguales características y nivel de exigencia, sólo así será posible trascender al sector sanitario y desplegar estrategias basadas en prerrequisitos y condiciones base para la salud como la paz, la vivienda, la educación, la generación de ingresos, la alimentación, la justicia social, la equidad y un ambiente o ecosistema sano, tal como lo plantea la Carta de Ottawa (Organización Mundial de la Salud, 1986).

En una región como Latinoamérica, donde la pobreza, inequidad social y visibles formas de violencia influyen sobre la vida y el bienestar, y especialmente sobre los procesos de salud – enfermedad, vida – muerte, se evidencia la importancia del abordaje de estas realidades como expresiones de lo que Galtung denomina Violencia Estructural (VE) (Galtung, 1969)

Galtung (1969) parte de concebir a la desigualdad como requisito que le da origen a la VE, o, en otras palabras, explica que donde hay desigualdad -sobre todo en la distribución del poder-, hay VE. Esta puede tener implícita mucha más violencia que el de los tipos de violencia directa o

personal. Galtung entiende por estructura como un conjunto de sistemas interrelacionados entre sí, como, por ejemplo, el sistema político, el sistema social, el sistema económico, el sistema cultural, el sistema de salud, entre otros; por tanto, la VE está implícita cuando se observan formas de violencia que acontecen al interior de los diferentes sistemas.

El concepto de VE, parte de una definición de paz como ausencia de violencia personal, violencia estructural, o, presencia de Justicia Social (concebida como distribución equitativa de poder y recursos) y está relacionada con las teorías de desarrollo vertical. Este desarrollo teórico de VE da peso a la IS en salud, gracias al sentido amplio que se viene dando a la salud desde la declaración de Alma-Ata (2012), definición que permanece vigente desde la Organización Mundial de la Salud.

aqueel estado de total bienestar físico, social y mental, y no simplemente la falta de enfermedades o malestares, siendo un derecho humano fundamental y convirtiendo a la búsqueda del máximo nivel posible de salud en la meta social más importante a nivel mundial, cuya realización requiere de la participación de otros sectores sociales y económicos en adición al sector salud (p. 1).

Es en relación al sentido amplio para contrarrestar o contribuir a la paz que Galtung (1969) plantea que deben implementarse formas de acción social y estrategias que luchen contra la injusticia social para hacer una contribución real, es así que, partiendo del contexto Latinoamericano, del panorama de la salud que se presentó en los anteriores párrafos, de la nueva perspectiva de salud planteada desde la Carta de Ottawa y la Declaración de Alma Ata, de los esfuerzos por encontrar nuevas estrategias que promuevan la participación multisectorial y multidisciplinaria para el diseño y puesta en marcha de iniciativas que mejoren el acceso, cobertura

y atención en salud por parte de organismos multilaterales y también partiendo de propuestas teóricas como la de Galtung, es que se reconoce que la IS en salud podría proponerse como un enfoque con potencial para aportar a la reducción de la distancia entre lo real y lo esperado en salud, mejorar calidad de vida, favorecer el bienestar y aportar a la transformación de situaciones estructurales en salud de pueblos y comunidades.

Considerando a la IS en salud como el enfoque idóneo para contribuir al reto estructural y sistémico de la universalización del acceso a la salud y la mejora de la calidad de la atención en salud, además de las necesidades planteadas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible-ODS (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2015), este análisis documental permite identificar las diferentes maneras como se ha venido concibiendo la IS en salud y las formas como se está recurriendo a ella como constructo teórico y metodológico al momento de abordar situaciones de salud en la región logrando transformar contextos y comunidades.

Este documento, como forma de divulgar antecedentes, proceso metodológico y resultados de la investigación, comparte lo que, desde algunas organizaciones y autores, se entiende por IS para luego llegar a su abordaje aplicado al ámbito de la salud. La IS es vista como el constructo principal para realizar el análisis de contenido con enfoque cualitativo de la revisión sistemática de los 80 textos seleccionados tras el proceso de búsqueda, hasta llegar a una aproximación conceptual y metodológica o de experiencias, de lo que significa su aplicación en la salud desde la experiencia y perspectiva Latinoamericana en los últimos 5 años. Dicho desarrollo se estructuró en cinco capítulos a saber:

El **primer capítulo** abordó el objeto de estudio propuesto, desarrollando sus antecedentes, planteamiento del problema, la justificación y metodología implementada. En un primer momento, expone lo que los autores reconocidos plantean sobre IS y aporta distinciones importantes a

considerar frente a esta categoría conceptual; adicionalmente, se presenta un panorama general de su aplicación al campo de la salud, justificando la importancia de establecer y comprender la relación actual entre IS y salud como prerrequisito para lograr la aproximación conceptual a IS en salud. En este capítulo justifica la necesidad de identificar cómo se asume desde Latinoamérica la producción conceptual y metodológica del objeto de estudio de esta investigación y la importancia que representa la investigación y comprensión de la IS en salud para el avance mejoramiento del acceso y de la calidad en la atención en salud en la región.

En cuanto al componente metodológico de este estudio, se expone aquí el paso a paso de la investigación de tipo documental (Gómez et al., 2015), entendida como un proceso sistemático de búsqueda y análisis de contenido con enfoque cuantitativo y cualitativo. La estructura metodológica ha sido organizada por momentos y etapas para lograr los objetivos, dichos momentos son descritos uno a uno, para dar cuenta de los criterios de búsqueda, la identificación de categorías a través de tesauros, y en general, lo que implican la búsqueda, selección y análisis de material documental. Este último se llevó a cabo de manera intra e intertextual para identificar convergencia y divergencias entre autores e iniciativas, en este capítulo fue clave el establecimiento de los criterios de búsqueda, inclusión y exclusión para obtener material que desarrolla temáticas relacionadas con la IS en salud, y en segundo lugar también fue clave fijar los criterios de lectura para obtener el análisis esperado.

En el **segundo capítulo**, se desarrolló el análisis cuantitativo de tipo descriptivo en el cual se respondió a las preguntas ¿cuáles países son los mayores contribuyentes en la producción y desarrollo conceptual y metodológico? y ¿cuáles son los autores más reconocidos en el tema? ¿qué porcentaje de material contribuye al desarrollo conceptual de la IS en salud y qué porcentaje al desarrollo metodológico? ¿qué revistas participan con un mayor número de publicaciones sobre el

tema? ¿qué peso científico tienen estas revistas? ¿qué sectores tuvieron mayor participación? entre otras. De esta manera se entrega al lector una caracterización del material documental que proporciona información detallada y en contexto sobre el tema, descripción que puede ser útil al proceso de apropiación social de la IS en salud, contribuyen al reconocimiento del estado actual de la producción del conocimiento sobre el tema en Latinoamérica, dicho en pocas palabras, el capítulo II entrega una caracterización cuantitativa y cualitativa de la muestra definitiva que rescata y visibiliza elementos importantes que describen el comportamiento de la producción investigativa sobre el objeto de estudio.

El **tercer capítulo**, respondió interrogantes tales como ¿qué enfoques teóricos y metodológicos caracterizaron las diferentes iniciativas?, ¿por qué se caracterizan? Y ¿cuál es la problemática más común que resuelven?, de manera que este capítulo, dejó un listado de 20 enfoques, entre los cuales los más predominantes fueron innovación en salud, innovación social, innovación tecnológica en salud, IS en salud y ecosalud.

La gran importancia de este capítulo es que a partir de la lectura intra e intertextual se identificó que los enfoques de la muestra reflejan más complementariedad que divergencia, son incluyentes y adoptan estrategias flexibles y se interesan más en la promoción de la salud que en la prevención de la enfermedad, y que en general, reconoció las particularidades de las iniciativas publicadas, las estrategias innovadoras que han implementado y el papel que han otorgado a las comunidades en el desarrollo de las mismas.

El **cuarto capítulo** identificó 18 criterios que caracterizan a la IS en salud conceptual y metodológicamente hablando; criterios que a su vez se vinculan con los diferentes enfoques que, en mayor o menor medida se relacionan con la IS en salud. En este capítulo, fue posible abordar las convergencias y divergencias entre la IS en salud y los demás enfoques (20) que fueron

identificados en los textos de la muestra a partir de la forma cómo incorporan de manera parcial o total, los diferentes criterios identificados y descritos más adelante.

En el **quinto capítulo** se realizó a manera de discusión y conclusiones, las principales lecciones aprendidas en este proceso de investigación. Identifica y analiza desde posturas diferentes, los avances que en Latinoamérica tiene la IS en salud y cuáles son los retos que enfrenta. Por otra parte, deja pistas que permitan a otros interesados en el tema, dar continuidad a esta línea de investigación documental propuesta por el Hub de Innovación Social en Salud para Latinoamérica y El Caribe.

Capítulo I

Objeto de estudio: la investigación documental como método para la comprensión de la Innovación Social en Salud

1.1 Antecedentes

Históricamente, el común denominador del contexto global ha sido moldeado por múltiples y complejos problemas sociales, económicos, culturales y humanitarios como pobreza, hambre, enfermedades, violaciones a Derechos Humanos (DH), formas diferentes de violencia, guerras, contaminación, explotación humana y animal, entre otros que van incrementando las brechas de exclusión social. En consecuencia, temas relacionados con la salud y el bienestar de grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad, se han posicionado en agendas nacionales y regionales ya que constituyen una de las bases para la libertad, la justicia y la paz en el mundo (Naciones Unidas, 1948). Son estas condiciones sociales de carencia e inequidad, relacionadas principalmente con las clases sociales menos favorecidas, las que han motivado a profesionales, académicos y tomadores de decisiones a concebir nuevos modelos, estrategias e iniciativas alternas a las convencionalmente utilizadas, para que contribuyan al desarrollo sostenible y creación de capital social desde diferentes ámbitos disciplinarios, institucionales y sectoriales.

Generalmente la experiencia precede al conocimiento, al igual que ha sucedido con la IS en salud, pues se encuentra que por años se han implementado a nivel global un importante número de iniciativas sociales diseñadas para solucionar problemáticas a grande y mediana escala con la finalidad de lograr cambios sociales especialmente en países de medianos y bajos ingresos. Algunos estudiosos han denominado conceptualmente tales iniciativas como IS, categoría que

toma un papel importante en los últimos años en países caracterizados por grandes brechas sociales como resultado de la inequidad que los circunda.

Para lograr una aproximación a la IS en salud, tema de interés en este estudio, es importante hacer una aproximación conceptual a la categoría de Innovación Social, como concepto originario e independiente al ámbito de aplicación. La IS es versátil y dinámica, no tiene límites establecidos sobre quiénes pueden implementarla ni cuáles son sus campos de aplicación. Por tanto, se nutre de diferentes ópticas que complejizan lograr un consenso unívoco sobre su definición (López & Velasco, 2017). Por esta razón varios autores han atribuido a la IS diferentes connotaciones: proceso, producto, servicio, modelo, solución, plataforma, proyecto, estrategia, programa –entre otras- que tienen por objetivo resolver una necesidad social desatendida de forma eficiente y eficaz.

Además de la falta de consenso en su definición y complejidad conceptual, tampoco se identifica un mismo momento como su origen histórico en una línea cronológica; en cambio, sí es posible rastrear en el transcurso de la historia múltiples iniciativas que buscaron posicionar formas novedosas y más efectivas para lograr el cambio social esperado, pese a que en ese momento no se hubiera recurrido al término IS para definirlos Westley et al. (2017) de acuerdo con Lester Frank Ward (1903), citado por Westley et al. (2017). El debut conceptual de la IS puede ubicarse en el campo de la sociología a comienzos del siglo XX y menciona que se empleó con mayor frecuencia después de la segunda guerra mundial; aunque posiblemente este concepto no fuera comprendido exhaustivamente ni empleado de una manera unificada o consensual.

A pesar de que el término IS ha sido empleado por mucho tiempo, su posicionamiento y momento cúspide es situado en los últimos 20 años por los autores Moulaert & Mehmood (2011),

y Phills et al. (2008). La razón por la que ha ganado importancia progresivamente es porque puede ponerse al servicio de diferentes ámbitos disciplinarios (F Moulaert & Mehmood, 2011) y ha despertado el interés entre tomadores de decisiones, ONG's, investigadores e instituciones públicas y privadas en todo el mundo (Caulier et al., 2012). En el transcurso del devenir histórico de la IS y debido a que este concepto se asocia a las maneras de tratar problemáticas sociales, tiene un campo de acción amplio, y por tanto ha sido asociado a otras categorías conceptuales como cambio social, transformación social, desarrollo social, capital social, emprendimiento, entre otras. La connotación de innovación del concepto IS difiere del de la perspectiva del desarrollo con énfasis tecnológico y económico y busca aproximarse más hacia una mirada social y socio-estructural. Esta nueva forma de ver la innovación ofrece la oportunidad de pensar en modalidades alternas frente a las convencionales para lograr el desarrollo social (F Moulaert & Mehmood, 2011).

Otra referencia que contribuye a contextualizar el “auge” o posicionamiento de la IS es Wikipedia. Un artículo enciclopédico en inglés “Social Innovation” fue creado en diciembre de 2005² mientras que el artículo de IS en español fue creado 6 años después, específicamente en enero de 2011. El artículo en inglés menciona que este concepto fue acuñado por Peter Drucker y Michael Young en los años 60 y posteriormente en los 70, señala a autores franceses como Pierre Rosanvallon, Jacques Fournier y Jacques Attali. El artículo en español no hace mención sobre su origen y su desarrollo es considerablemente menor al del artículo en inglés. Wikipedia español

² Herramienta de Wikipedia que se conoce con el nombre de Revisión de la Historia (Revision History) e Información de la Página (Page information) https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Social_innovation&dir=prev&action=history

menciona otros autores como Benoît Lévesque y Paul R. Bélanger en 1986, Chambón, David y Devevey en 1982 (Wikipedia, 2005).

La complejidad de este concepto se debe también a su enfoque multidisciplinario, por lo que le han sido atribuidas diferentes interpretaciones (Moulaert & Mehmood, 2011). Un ejemplo de esto es cuando suele ser homologada con emprendimiento social, empresa social e innovación en negocios (Wikipedia, 2005), pero la IS es mucho más amplia y aunque estos conceptos son importantes dentro del campo, trata solo algunos de sus fines, estrategias y formas de innovar socialmente. Por otra parte, la IS trasciende sectores, niveles de análisis y métodos para descubrir procesos –las estrategias, tácticas, y teorías de cambio - que generan impacto social a partir de su implementación (Phills et al., 2008).

La reacción predominante al discutir sobre innovación es la inmediata asociación con el aspecto tecnológico, y, por consiguiente, como lo plantea Gillwald citado por Howaldt & Schwarz (2010), el enfoque de innovación tecnológica es el que termina siendo asimilado y legitimado como vía para alcanzar el desarrollo social. Por esta razón, y teniendo en cuenta el interés de esta investigación, es importante trabajar en la eliminación del límite difuso entre los aspectos social y tecnológico de la innovación, o, dicho de otra forma; establecer una distinción clara entre estos enfoques de la innovación. Para lograr esto, es necesario apelar a otras perspectivas diferentes a las dominantes, por tanto, es importante reconocer la diferencia entre una innovación que tiene como objetivo central lograr un fin social a otro tipo de innovación de enfoque tecnológico-comercial propio del sector productivo, conocido como innovación tecnológica (Howaldt & Schwarz, 2010).

Siguiendo el planteamiento de los autores Howaldt y Schwarz (2010), cuando las innovaciones tecnológicas se perciben (casi) como la única esperanza para el desarrollo,

desestiman el valor de opciones alternas a pesar de que existen vacíos estructurales que un desarrollo logrado a través de innovaciones de este tipo no podría solucionar por sí solas. Por esta razón, se propone a través de esta investigación, considerar innovaciones desde un enfoque social que buscan más allá del interés de generar valor económico, generar bienestar y desarrollo colectivo, cubriendo las necesidades de un sector poblacional que previamente se ha caracterizado por estar excluido de estas condiciones.

De acuerdo con el propósito de este estudio es importante entender cómo se aplican las nuevas tecnologías al ámbito de la salud para de esta forma identificar las distinciones entre los enfoques relacionados con innovación y salud. De acuerdo con Díez (2012) una modalidad en la que la tecnología sirve a la salud es conocida como web 2.0 o salud 2.0, un modelo que se apoya en las redes sociales para generar interacción a través de ellas. Una segunda modalidad se conoce como e-Salud, M-health o Mobile Health, su aplicación al ámbito de la salud se realiza a través de los dispositivos, tecnologías inalámbricas, o mediante la utilización de nuevas tecnologías como las TIC en procesos relacionados con salud, como las actividades de diagnóstico y de cuidados, siendo la telemedicina un claro ejemplo de esto:

La Teleconsulta - Telediagnóstico, que posibilitan la realización de consultas remotas entre pacientes y profesionales sanitarios, o entre diferentes profesionales para la elaboración de un diagnóstico común. O la Telemonitorización - Teleasistencia que permiten conocer y realizar un seguimiento a distancia de la situación de un paciente, sus parámetros vitales y adecuación al tratamiento para cuyo seguimiento las habilidades y conocimientos de la actual enfermería le proporcionan el perfil ideal (Díez, 2012, p. 30).

Recapitulando, la IS cuenta con distintas contribuciones conceptuales. Revisando 11 definiciones, elegidas por pertenecer a autores e instituciones reconocidas académicamente, como:

Murray et al.(2010), Phills et al.(2008), Westley(2008), Moulaert(2013), DNP et al. (2013), Villa & Melo (2015), la CEPAL (2015), CRESSI(2020), TEPSIE (2016), CSI & LASIN (Latin American Social Innovation Network); se puede inferir que la mayoría responde a preguntas sobre su naturaleza, tales como: cuáles son sus características principales, en qué formas puede materializarse, cuál es su función principal, quiénes son sus beneficiarios y qué problemas busca resolver; en un segundo lugar y en menor tendencia, tres definiciones responden a cómo debe darse la participación de la comunidad o a cómo debe manifestarse las relaciones de poder. En la **Tabla 1**, se recogen algunos de los atributos otorgados a la IS por los autores revisados:

Tabla 1

Atributos identificados de la IS a partir de la revisión de autores

Ítem	Características
¿Qué la caracteriza?	Las características principales de la IS hacen referencia a lo novedoso o innovador y también a la búsqueda en sus iniciativas, de ser más eficiente, eficaz y sostenible.
¿Qué es?	Es una solución que puede materializarse en forma de producto, servicio, modelo, actividad, estructura organizativa, ideas para el cambio, proceso, proyecto, práctica, iniciativa, estrategia, sistema o concepto.
¿Cuál es su propósito?	Su función principal es satisfacer, solucionar, crear valor, cambiar favorablemente, transformar.
¿Qué resuelve?	Resuelve diversas necesidades sociales, la exclusión social y problemas sociales en general.
¿A quiénes beneficia?	Beneficia a las personas, el planeta, a todos los niveles socio estructurales, a la población y a la sociedad en general.
¿Qué la hace diferente?	Su finalidad de mejorar las relaciones de poder asegurando la participación activa de las comunidades.

En línea con lo anterior, la IS se caracteriza por tener un diseño basado en el contexto espacio-temporal, económico y socio-cultural de la problemática y las comunidades, carácter innovador que se considera como tal por implicar un cambio relativo o mejora significativa a través de la iniciativa y también porque busca fortalecer el capital social y ser replicable en otros contextos. Además, procura incluir un grupo interdisciplinario de actores de diferentes escalas y ámbitos institucionales en su diseño, implementación y seguimiento. Una característica clave diferenciadora, es que busca romper el statu quo y tiene como fin último el bien común por encima del beneficio económico (Murray et al., 2010).

Todo lo nombrado anteriormente evidencia cómo el concepto de IS ha tomado un lugar importante porque representa el hilo conductor del presente y el futuro, es decir, el estado actual de la sociedad y lo que se espera para ella, buscando resolver los problemas actuales y dar fuerza a las soluciones alternas e innovadoras con respecto a las vías convencionales que han sido poco efectivas. Una o más de estas innovaciones, cuando se amplían o aumentan, en última instancia, pueden modificar un sistema completo tal como plantean (McGowan & Westley, 2015).

A pesar del posicionamiento, del desarrollo intelectual alrededor de la IS y del interés que ésta ha tomado en diferentes instancias, no se encuentra demarcada dentro de un único campo de conocimiento, ni tampoco ha sido escalada como categoría conceptual en los tesauros reconocidos de habla inglesa y española tales como: el tesoro de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), tesoro de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), el tesoro UNBIS (United Nations Bibliographic Information System), tesoro HASSET (Humanities and Social Science Electronic Thesaurus), tesoro ERIC (Education Resources Information Center), Tesoro Banco Mundial (BM), Tesoro EDUTHES, Tesoro de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y tesoro SPINES de ciencia y

tecnología. Como dato adicional, el concepto IS se encuentra indexado como artículo en Wikipedia, y categorizado bajo “civil society”, “innovation”, “social issues” y “public administration”.

Ahora bien, es claro que los campos de aplicación de la IS son tantos como los universos de necesidades sociales que existen, el interés de esta investigación corresponde al ámbito de la salud, debido a que nace de la necesidad identificada por el SIHI-Hub-LAC en Innovación Social en Salud en Latinoamérica y El Caribe, en el marco de la iniciativa global SIHI – Social Innovation in Health Initiative - , adscrito a Tropical Disease Research (TDR/OMS), que opera desde el año 2014 para contribuir a través de la investigación y conformación de los hubs de Innovación Social en Salud a la promoción y posible transferencia de soluciones innovadoras para mejorar el acceso a salud en países de bajos y medianos ingresos.

La iniciativa SIHI implica la conformación de una red de individuos e instituciones que combinan sus habilidades y recursos en actividades claves para promover la IS en salud en diferentes países y regiones del mundo. Actualmente están activos: Malawi, Uganda, Filipinas, China y Latinoamérica. Todos los Hubs actúan unidos en el esfuerzo de proveer liderazgo para avanzar en IS en salud como una de las formas de alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y mejorar las condiciones de vida de las comunidades que presentan situaciones de vulnerabilidad.

El Hub-LAC de Innovación Social en Salud para Latinoamérica y El Caribe es parte de la iniciativa SIHI y es liderado por el Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas (CIDEIM) en alianza con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Universidad ICESI en Cali, Colombia. Desde el año 2017 el Hub trabaja en la identificación de soluciones innovadoras y creativas que favorecen el acceso a la salud en la región, participa en

acciones de formación y promoción de la investigación en IS en salud y motiva la replicación, escalamiento y sostenibilidad de proyectos y programas de este tipo en Latinoamérica y El Caribe. Entre 2017 y 2019, se viene avanzando en la identificación de casos en Centroamérica y en cinco países de la Región Andina (Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia).

Otra de las responsabilidades del Hub-LAC está relacionada con la integración de conocimientos y habilidades intersectoriales e interinstitucionales que promuevan la IS en salud de diferentes comunidades de la región, como también con la promoción de capacidades para la investigación y la ejecución de estrategias en IS basadas en la conformación y fortalecimiento de una comunidad de stakeholders integrada por ONG's, universidades públicas y privadas, entidades del sector productivo e instituciones gubernamentales que consideren dentro de sus intereses la IS en salud para la generación y apropiación social del conocimiento en pro de la transformación y empoderamiento de las comunidades. Es aquí donde radica la importancia de esta investigación documental y el valor agregado que puede significar para el Hub y para los innovadores, académicos y tomadores de decisiones de los diferentes países latinoamericanos.

Ahora bien, con el propósito de delimitar el concepto de IS en salud, se realizó una revisión preliminar con el uso del “Innovación Social en Salud” como concepto clave para la búsqueda en Google Académico. En este rastreo inicial se identificó la falta de avances importantes en su construcción o desarrollo conceptual como objeto de estudio.

Sin embargo, se contó, como referente principal, con los aportes y avances de SIHI Global, programa que como se ha dicho antes, actualmente asume el reto de promover la IS aplicada al ámbito de la salud. Algunos de los autores en los que esta propuesta se apoya son: Westley & Antadze (2010), Mulgan et al. (2007), Phills et al.(2008), Pol & Ville (2009) y Niekerk et al. (2017). La propuesta plantea que, la IS en salud es una solución a un desafío sistémico en este

campo. Desde su perspectiva, la solución es desarrollada por individuos, organizaciones e instituciones de todos los orígenes y sectores, a través del compromiso y colaboración con las comunidades, buscando proporcionar un enfoque creativo y poco convencional para hacer que la prestación de atención médica sea inclusiva, eficaz y asequible para todas las personas. En este caso, la IS busca mejorar la salud y el bienestar de las personas y los colectivos, a partir de su potencial y capacidad de transformación social como manera de aportar también en la recuperación o reformas del sistema de salud de los diferentes países.

Debe considerarse que la salud a pesar de ser reconocida como un derecho inalienable para los seres humanos, representa para los países y autoridades latinoamericanos un reto sistémico significativo. Esto hace evidente la necesidad de contribuir a mejorar la accesibilidad, calidad y eficacia de la atención en salud.

Como lo afirman Phills et al.(2008), lograr innovaciones en temas sociales tales como justicia, equidad, preservación del medio ambiente, mejoramiento de la salud, artes y cultura, y una mejor educación tiene un valor indiscutible. Es por esta razón que, realizar una revisión sistemática desde la perspectiva de la investigación documental sobre IS en salud en Latinoamérica es una necesidad y un aporte importante al desarrollo teórico y metodológico de actuales y futuras innovaciones. Este producto puede contribuir a la creación de un marco teórico referente para personas y organizaciones que durante años vienen trabajando en alternativas para mejorar el acceso y la calidad en la atención en salud.

1.2 Planteamiento del problema de investigación

El planteamiento del problema de este trabajo parte de reconocer la laxa delimitación conceptual de la IS sumada al escaso desarrollo teórico y metodológico de la IS en salud,

especialmente en Latinoamérica, zona geográfica que se corresponde con el interés del SIHI-Hub-LAC. Adicionalmente, se identifica la predominancia de producción teórica y conceptual sobre IS en países de habla inglesa de altos ingresos. En contraste, se observa que Latinoamérica presenta una mayor concentración de aplicación de experiencias en esta área, pero carece notablemente de desarrollos teóricos y metodológicos, por consiguiente, es importante llevar a cabo un proceso de búsqueda, registro y análisis sistemático de la producción alcanzada sobre el tema en los últimos 5 años. En síntesis, para avanzar en este cometido es importante partir de los siguientes puntos críticos para el análisis:

- Laxa delimitación conceptual de las categorías de estudio Innovación Social e Innovación Social en salud.
- Concentración de la producción conceptual sobre Innovación Social en países de habla inglesa de altos ingresos, pensada para países de bajos y medianos ingresos.
- Concentración en Latinoamérica de la aplicación de iniciativas en IS en salud, pero con una producción y desarrollo conceptual incipiente sobre IS aplicada al ámbito de la salud.

Es arriesgado pretender implementar intervenciones sociales innovadoras en salud y proponer soluciones a retos sistémicos, en este ámbito, que sean transformadores y sostenibles sin contar con un cimiento o fundamentación conceptual y contextual. Siguiendo el propósito de esta investigación es necesario partir de la comprensión del concepto primario IS para luego proceder a desarrollar una articulación y delimitación de este concepto aplicado al ámbito de la salud.

Es a partir de la identificación de estos vacíos que se realiza esta investigación documental desde la cual se identifica y trasciende reflexivamente el conocimiento acumulado sobre IS en

salud como objeto de estudio. Se espera de esta manera, responder a la siguiente pregunta orientadora:

¿Cuál ha sido la producción teórica y metodológica en torno a la Innovación Social en el ámbito de la salud en Latinoamérica entre 2013 y 2018?

Adicionalmente se plantean otras preguntas alineadas a la pregunta orientadora para dinamizar la reflexión: ¿cuáles países son los mayores contribuyentes en la producción y desarrollo conceptual?, ¿cuáles son los autores más reconocidos en el tema? ¿qué se entiende por IS en salud en Latinoamérica? ¿qué herramientas y enfoques metodológicos caracterizan las producciones en torno a iniciativas relacionadas con la IS en salud?

1.3 Justificación

Para avanzar en la solución de problemas de salud desde la IS es necesario trascender el conocimiento en este campo y proyectarlo hacia diferentes ámbitos, específicamente al de la salud, fortaleciendo, apropiando y articulando conceptualmente el constructo de la IS en salud para que pueda impactar significativamente tanto a nivel micro como macro.

Ante lo expuesto en este documento, sumado al panorama de la salud latinoamericana, se propone consolidar un estado del arte en IS en salud como referente, para lograr el entendimiento de las particularidades y dinámicas propias de este campo en el ámbito regional, conocer lo que se entiende por IS en salud en la región, identificar los vacíos existentes, visibilizar los desarrollos y lecciones aprendidas ya concebidas, lograr la apropiación y delimitación conceptual, y fortalecer sus cimientos teóricos y metodológicos que aporten a la generación de nuevos conocimientos.

Ante la necesidad de conocer la realidad de la IS en salud, que desde diversas regiones del mundo se vienen implementando, es de primera necesidad para el SIHI-Hub-LAC y para la comunidad de innovadores sociales en salud conocer los avances teóricos y metodológicos, así como la emergencia de ésta como enfoque, proceso, modelo o iniciativa aplicada a las realidades de la región.

Es en esta línea que, el SIHI-Hub-LAC en IS en salud se propone con este estudio, identificar avances en el desarrollo teórico y metodológico de la IS en salud en la región para robustecer la fuente de conocimiento propuesta y aplicada, conocer iniciativas y lecciones aprendidas que puedan ser replicables en contextos similares y abrir la puerta a la generación de nuevos conocimientos sobre este objeto de estudio que, a su vez pueda transferirse para el beneficio de otros contextos. Al respecto expresan Phills, Deiglmeier y Miller, citados por de Navarro et al. (2016):

“La IS es el mejor constructo para entender y producir cambios sociales duraderos”, y en este caso, la IS en salud podría ser el mejor constructo para desafiar sistémicamente los problemas de calidad y acceso a servicios de salud de las poblaciones”

En cuanto a los aportes de este trabajo de investigación, se consideró que los resultados pueden beneficiar en diferentes niveles, organizaciones y colectivos:

En un nivel macro, puede aportar en la generación de conocimiento para identificar los desarrollos actuales sobre el tema y abrir el panorama a otros estudios y construcciones conceptuales fundamentadas en las experiencias latinoamericanas en el campo de la salud. Adicionalmente, contribuye al interés de trascender las construcciones teórico-metodológicas nacidas en países ajenos a las diversas expresiones culturales y realidades sociales en

Latinoamérica, procurando posicionar y reconocer las experiencias como conocimientos desarrollados con base en iniciativas exitosas del contexto regional.

En el ámbito político, este estudio puede aportar elementos a los tomadores de decisiones para la configuración e identificación de líneas de acción desde la formulación de políticas que garanticen la transformación social de las comunidades en cuanto a la calidad de los servicios y acceso a la salud tanto a nivel local, departamental, nacional e incluso regional, a través de los organismos multilaterales. En el caso de Colombia, la IS ha sido contemplada en los planes de desarrollo nacional a partir de 2010, pero la fuerza está puesta específicamente en la política de ciencia, tecnología e innovación (CTeI), documento que menciona en dos de sus páginas a la IS en relación con iniciativas de política enfocadas en la innovación ambiental, las tecnologías limpias, la sostenibilidad, y en algo muy importante, la inclusión de las comunidades y la sociedad civil en las dinámicas que logren la apropiación del conocimiento (Vélez et al., 2018).

A nivel micro y en el ámbito privado, este trabajo ofrece a las ONG's, específicamente, elementos para fundamentar sus propuestas, por ser quienes han asumido con especial interés, el diseño e implementación de actividades, proyectos y programas de intervención, Permite además, identificar el valor de la IS en salud en los proyectos y programas que involucran a las comunidades, así mismo conlleva que los innovadores e instituciones reconozcan alternativas y experiencias previas que pueden ser replicables y escalables, además de coherentes con los entornos socioculturales en los que las instituciones desarrollan sus acciones.

Al SIHI-Hub-LAC y a la iniciativa SIHI Global, se convierte en un insumo para conocer qué, quiénes, cómo y desde qué enfoques se está produciendo conocimiento relacionado con la IS en salud en la región, ya que es fundamental para avanzar en su objetivo de promover estrategias

que visibilicen perspectivas, generen directrices y elementos que fundamenten las acciones y el acompañamiento a los innovadores sociales en salud en la región. A través de la creación de evidencia que mejore las intervenciones y permitan la articulación con quienes implementan las acciones y brinda acompañamiento a diversos innovadores sociales en salud. Por último, pero no menos importante, están las comunidades en situación de vulnerabilidad, éstas pueden beneficiarse puesto que contarían con intervenciones mejor fundamentadas cuyo diseño respondería a sus propias necesidades en pro del empoderamiento de las mismas para afrontar situaciones de salud y procesos de transformación social. En el ámbito académico, universidades de países de la región, tales como Chile y Colombia están proponiendo estudios de posgrado relacionados con la IS, de manera que, un estudio documental relacionado con el tema, brinda elementos a docentes, y directivos para la cualificación y creación de currículos, basados en los desarrollos teóricos y metodológicos disponibles, al tiempo que puede abrir el abanico de oportunidades a las mismas para crear alianzas interinstitucionales y proponer la salud como ámbito y línea de trabajo para la formación en investigación e intervención en IS e IS aplicada a la salud. A los estudiantes les permitirá tener un punto de partida para la fundamentación de sus trabajos de investigación y para la generación de nuevas iniciativas aplicadas a los contextos locales.

1.4 Objetivo General

Analizar los desarrollos teóricos y metodológicos de la IS en salud en Latinoamérica entre 2013 y 2018, a partir de una revisión sistemática sobre el tema que aporte al fortalecimiento y fundamentación de las propuestas de intervención e investigación en beneficio de la salud en la región.

1.5 Objetivos Específicos

- Identificar la construcción conceptual sobre la IS y sus posibles aplicaciones en salud en Latinoamérica.
- Caracterizar y contextualizar la producción teórica y metodológica de la IS en salud para contribuir a su conceptualización como objeto de estudio.
- Describir las lecciones aprendidas que a partir de las experiencias en IS en salud han emergido en Latinoamérica.

1.6 Metodología

Se llevó a cabo una Investigación Documental con enfoque mixto, cuya intención fue develar, desde la heterogeneidad de los materiales documentales que circularon en el medio sobre la IS en salud, entre los años 2013 y 2018, las relaciones y conexiones temáticas presentes en los mismos, para establecer un orden jerárquico, señalar vacíos y necesidades de articulación y hacerlos viables y accesibles para que sean utilizados por la comunidad académica, tal como lo proponen (Vélez & Galeano, 2002).

Este estudio implicó, metodológicamente hablando, un proceso de análisis reflexivo de lectura intra e intertextual, además de una lectura de contenido descriptivo para detallar los planteamientos e identificar contrastes y tendencias, tanto en los desarrollos conceptuales como metodológicos del total del material documental seleccionado. Para la caracterización general del total de textos que configuraron la muestra, se empleó un análisis de tipo descriptivo. Diversas actividades y estrategias, enmarcadas en diferentes momentos de análisis, pasaron desde el rastreo, el registro y la sistematización del material encontrado, hasta la lectura y análisis de contenido ya mencionado y descrito más adelante.

Esta modalidad investigativa trasciende la intención generalizada de estado del arte como componente de un estudio o proyecto, para revisar analíticamente: cuáles, cómo, para qué y desde qué enfoques se ha avanzado en un periodo delimitado de tiempo sobre la producción teórica y metodológica de un tema en particular. Con este proceso se buscó develar la dinámica y la lógica presentes en la descripción, explicación o interpretación que hacen los teóricos o investigadores del fenómeno en cuestión Vélez & Galeano (2002). Para el caso específico de este estudio el tema o fenómeno a ser observado es la IS en salud, objeto de interés para investigadores, académicos, tomadores de decisiones, ONG's, gobiernos, innovadores sociales, entre otros.

Teniendo en cuenta lo descrito por las autoras antes citadas, el propósito de esta investigación documental es la de “recuperar para trascender el conocimiento”, en este caso sobre la IS en salud. La metodología de la investigación documental puede usarse para recuperar reflexivamente la producción teórica y metodológica con el fin de comprender, cuestionar, criticar y proponer nuevos conocimientos a partir de la información obtenida, del otro lado de la moneda, el material documental seleccionado puede considerarse como la producción más recientemente desarrollada sobre el tema de la investigación.

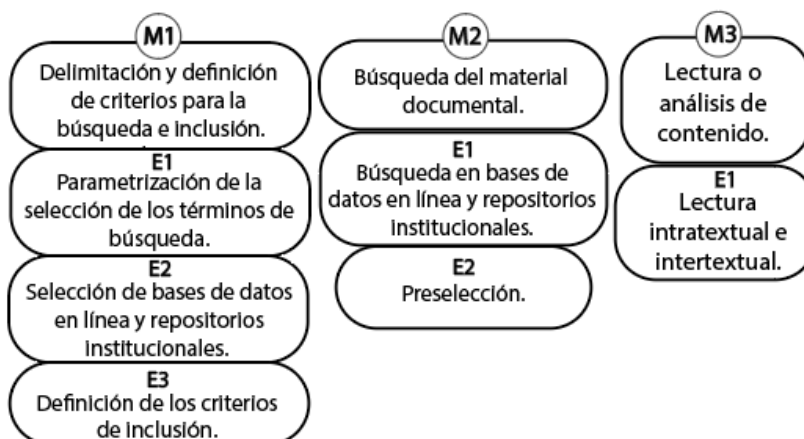
La metodología implementada en este estudio fue el de análisis de contenido descriptivo en tanto le correspondía detallar los planteamientos e información pertinente encontrada, como también la necesidad de identificar y reconocer contrastes y tendencias, tanto en los desarrollos conceptuales como metodológicos del total del material documental seleccionado. De acuerdo con este tipo de investigación, el tipo de análisis empleado correspondió al cuantitativo de tipo descriptivo (capítulo 2), para realizar la caracterización general del material documental y, en un segundo lugar, un análisis reflexivo y cualitativo, que se enfocó en el análisis de contenido de tipo descriptivo para los capítulos 3 y 4.

Para asegurar que la lectura de los 80 textos diera cuenta de los desarrollos teórico-conceptuales y metodológicos de la IS en salud en Latinoamérica se recurrió a dos tipos de lectura analítica, la de tipo intratextual e intertextual. A través de la lectura intratextual se investigó los documentos, se revisó las ideas de los autores para comprender desde sus planteamientos lo que pretenden comunicar, y fue en este momento donde se determinó los criterios de lectura. A este tipo de lectura le siguió la de tipo intertextual, en este momento se comparó enunciados encontrados en el conjunto de textos seleccionados de acuerdo con las necesidades y desde la perspectiva de lo que es la IS y la IS en salud.

1.6.1 Momentos del proceso metodológico:

Para una mayor comprensión y organización del proceso de búsqueda, identificación, selección, clasificación, sistematización y análisis de la producción teórica y metodológica en IS en salud en Latinoamérica, se desarrollaron acciones en cuatro fases o momentos que a su vez comprenden algunas etapas y actividades³, **Figura 1**.

³ La estructura metodológica aquí propuesta toma como referente el protocolo de investigación documental suministrado por investigadores del Grupo de Estudios en Pedagogía, Infancia y Desarrollo Humano –GEPIDH de la Universidad de Antioquia.

Figura 1*Momentos del proceso metodológico****Momento 1. Búsqueda de material documental***

Considerando las limitaciones y vacíos conceptuales sobre el objeto de estudio aquí investigado, este momento fue muy importante en tanto garantizó lineamientos y resultados claros en la obtención de material documental acorde con los criterios de búsqueda. Para lograr la meta de este momento, se definieron previamente:

- Los términos claves para la búsqueda
- Los tesauros que respaldarían estos términos
- Los criterios de inclusión a considerar en las siguientes etapas
- Las bases de datos y repositorios universitarios a utilizar
- Los criterios de inclusión primarios y conceptuales

Etapa 1. Parametrización para la selección de conceptos de búsqueda.

Debido a que, en la actualidad el desarrollo conceptual de IS es ambiguo, éste como categoría no ha sido indexado aún en los tesauros. Por esta razón, se realizó un trabajo de identificación y selección de los descriptores pertinentes, y a su vez, de términos relacionados que facilitarían la búsqueda del material documental. Tanto los descriptores o términos de búsqueda, como los términos relacionados, se identificaron a partir de lecturas iniciales acerca de la IS y la salud.

Se entiende por tesauros, “listas estructuradas que estandarizan conceptualmente términos especializados similares” (Dextre, s. f.) o aquellos términos estratégicos que permitieron afinar la búsqueda y facilitaron la recuperación de información clave para la investigación, identificando aquellos términos reconocidos y pertinentes para la búsqueda y selección del material documental.

Se seleccionaron tres tesauros especializados en el tema del desarrollo: el tesoro de la agencia especializada de las Naciones Unidas, conocido por sus siglas en inglés como United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), otro tesoro de las Naciones Unidas también conocido por sus siglas en inglés United Nations Bibliographic Information System (UNBIS) de las Naciones Unidas y el macrotesoro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Selección que tuvo en cuenta que, el tesoro de la UNESCO se especializa entre otras, en áreas relacionadas con las ciencias sociales y humanas, comunicación e información y educación, además adopta un enfoque multidisciplinario importante en el abordaje de la IS. Este tesoro está disponible en cuatro idiomas, entre los cuales se encuentran los idiomas definidos en los criterios de inclusión.

El tesauro UNBIS corresponde a su edición número cuatro, la primera edición disponible en los idiomas oficiales de este organismo multilateral: árabe, chino, inglés, francés, ruso y español. Se caracteriza por tener un enfoque multidisciplinario y multilingüe que obedece a sus lineamientos e intereses para la realización de sus programas alrededor del mundo.

Por último, el macrotesauro de la OCDE en su quinta versión guiada por un comité asesor que está compuesto por representantes del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo de Ottawa, el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, la OCDE y el Centro de Desarrollo de la OCDE; ofrece una indexación del lenguaje en el ámbito del desarrollo económico y social a través de descriptores y palabras clave. Es producto del trabajo interinstitucional que se realizó por 30 años y que entrega un vocabulario consensuado que facilita la indexación, recuperación e intercambio de información relacionada con el desarrollo.

Para delimitar la búsqueda de material documental en esta etapa se realizó la selección de términos de búsqueda clave, con la ayuda de expertos en el manejo de tesauros, se eligieron por su relación en primer lugar con la categoría conceptual principal “Innovación Social” y luego contextualizando al ámbito de la salud los descriptores y términos relacionados que se presentan a continuación en la **Tabla 2**.

Tabla 2

Descriptores y términos para la parametrización de la búsqueda

<i>Descriptor</i>	<i>Conceptos Relacionados</i>	Tesauros		
		<i>UNESCO</i>	<i>OCDE</i>	<i>UNBIS</i>
<i>INNOVACIÓN SOCIAL</i>	INNOVACIÓN SOCIAL	NO	NO	NO
	Innovación Social en Salud	NO	NO	NO
<i>INNOVACIONES</i>	INNOVACIONES	NO	SI	NO
	Innovación	NO	NO	NO
	Innovación Social	NO	NO	NO
	Transformación Social	NO	NO	NO

<i>Descriptor</i>	<i>Conceptos Relacionados</i>	Tesauros		
		<i>UNESCO</i>	<i>OCDE</i>	<i>UNBIS</i>
<i>CAMBIO SOCIAL</i>	Cambio Social	SI	SI	SI
	CAMBIO SOCIAL	SI	SI	SI
	Transformación Social	NO	NO	NO
	Intervención Social	NO	NO	NO
	Intervención Comunitaria	NO	NO	NO
	Innovación Social	NO	NO	NO
	Apropiación Social del Conocimiento	NO	NO	NO
<i>DESARROLLO</i>	Desarrollo Social	NO	SI	SI
	DESARROLLO	NO	NO	SI
<i>DESARROLLO SOCIAL</i>	Desarrollo Social	NO	SI	SI
	DESARROLLO SOCIAL	NO	SI	SI
	Programas	NO	NO	NO
	Transformación Social	NO	NO	NO
	Salud Comunitaria	NO	NO	NO
	Apropiación Social del Conocimiento	NO	NO	NO
	Cambio Social	SI	SI	SI
<i>TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA</i>	Educación en Salud	NO	SI	SI
	Proyectos	NO	NO	NO
	TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA	SI	NO	SI
	Innovación	NO	NO	NO
	Tecnología en Salud	NO	NO	NO
	Nuevas Tecnologías	NO	SI	NO
	Difusión de Tecnologías	SI	NO	NO
<i>SERVICIO SOCIAL</i>	SERVICIO(S) SOCIAL(ES)	SI	SI	SI
	Proyectos	NO	NO	NO
	Salud Comunitaria	NO	NO	NO
	Programas	NO	NO	NO
	Intervención Social	NO	NO	NO
	Intervención Comunitaria	NO	NO	NO
	Apropiación Social del Conocimiento	NO	NO	NO
<i>PROYECTO(S) DE DESARROLLO</i>	Educación en Salud	NO	NO	NO
	Cambio Social	SI	SI	SI
	PROYECTOS DE DESARROLLO	SI	SI	SI
	PROYECTO DE DESARROLLO	SI	NO	NO
	Experiencias	NO	NO	NO
	Proyecto	NO	NO	NO
	Transformación Social	NO	NO	NO
<i>PROGRAMA(S) DE DESARROLLO</i>	Intervención Social	NO	NO	NO
	Intervención Comunitaria	NO	NO	NO
	Programa de Desarrollo	NO	NO	NO
	Programas de Desarrollos	NO	NO	NO

<i>Descriptor</i>	<i>Conceptos Relacionados</i>	Tesauros		
		<i>UNESCO</i>	<i>OCDE</i>	<i>UNBIS</i>
PROGRAMA SOCIAL	Programa	NO	NO	NO
	Programa Social	SI	NO	NO
	Proyecto	NO	NO	NO
POLÍTICA SOCIAL	POLÍTICA SOCIAL	SI	SI	SI
	Intervención Comunitaria	NO	NO	NO
	Intervención Social	NO	NO	NO
	Transformación Social	NO	NO	NO
	Intervención en Salud	NO	NO	NO
	Educación en Salud	NO	SI	SI
	SALUD	SI	SI	SI
SALUD	Salud Comunitaria	NO	NO	NO
	Servicio(s) de Salud	SI	SI	SI
	Salud Mental	SI	SI	SI
	TELEMEDICINA	NO	NO	NO
	Telesalud	NO	NO	NO
-	Mobile Health Teams	NO	NO	SI

Etapas 2. Selección de bases de datos en línea y repositorios institucionales.

Las fuentes de información establecidas para cumplir el objetivo de esta investigación en cuanto a la consulta en línea fueron Google Scholar y bases de datos académicas especializadas como SCOPUS, Web of Science, LILAC, REDALYC, PubMed y Scielo. Para la búsqueda de trabajos de grado, se recurrió a los repositorios institucionales de universidades públicas y privadas específicamente en Colombia. Las públicas seleccionadas por su importancia en el país fueron la Universidad del Valle, Universidad Nacional de Colombia y Universidad de Antioquia; para el caso de las privadas están la Universidad de los Andes, Universidad ICESI, EAFIT, la Universidad Pontificia Bolivariana y la Universidad Javeriana (**Tabla 3**).

Tabla 3

Bases de datos especializadas y repositorios institucionales

Fuentes de Información	
Bases de datos especializadas	Web of Science
	Scopus
	LILAC
	REDALYC
	PubMed

<i>Fuentes de Información</i>	
<i>Repositorios institucionales</i>	Scielo Universidad del Valle Universidad Nacional de Colombia Universidad del Valle Universidad de Antioquia Universidad de los Andes Universidad ICESI Universidad EAFIT Pontificia Bolivariana Universidad Javeriana de Bogotá

Etapas 3. Definición de criterios de inclusión y de exclusión.

De acuerdo con el propósito y delimitación del objeto de estudio, se realizó una búsqueda y registro sistemático de artículos, libros, capítulos de libro, tesis de pregrado y posgrado, reportes de proyectos y programas de diferentes países de la región de Latinoamérica en el periodo comprendido entre 2013 y 2018. Como se ha dicho antes, la búsqueda de tesis académicas de posgrado y pregrado se realizó principalmente para Colombia debido a la posibilidad de acceso a este tipo de material.

Los idiomas definidos como criterios de búsqueda para la selección de textos sobre IS en salud fueron: español, inglés y portugués. Esta selección corresponde a los idiomas que se hablan con mayor frecuencia en Latinoamérica y en los cuales se encuentran publicados la mayoría de los artículos científicos y académicos de la región.

En síntesis, los criterios de inclusión iniciales para la búsqueda fueron: a) artículos de revistas, libros, capítulos de libro, tesis de pregrado y posgrado, reportes de proyectos y programas de la región; b) publicaciones en inglés, portugués y español; c) publicación de experiencias y construcciones teóricas desarrollados en alguno de los países latinoamericanos, y d) materiales

publicados entre 2013 y 2018. Fue de gran importancia identificar que el origen de la producción fuera de alguno de los países latinoamericanos, independiente del país y continente donde fueran publicados. Adicionalmente se establecieron los criterios de exclusión (**Tabla 4**).

Tabla 4

Criterios de inclusión para la búsqueda del material documental

Criterios de Inclusión para la Búsqueda del Material Documental	
Tipo	Artículos, libros, capítulos de libro, tesis de pregrado y posgrado, reportes de proyectos y programas, documentos web
Lugar	Desarrollado en Latinoamérica, independientemente del país de la revista o editorial en la cual haya sido publicada
Período	2013-2018
Idiomas	Español, inglés y portugués

De igual manera para dar mayor claridad sobre lo que no son criterios para la búsqueda, se definen los siguientes criterios relacionados en la **Tabla 5**.

Tabla 5

Criterios de exclusión para la búsqueda del material documental

Criterios de Exclusión para la Búsqueda del Material Documental
a) Material documental sobre la innovación social con énfasis en el espíritu empresarial
b) La producción de los países no latinoamericanos
c) Los documentos elaborados antes de 2013 y después de 2018
d) Material escrito en idiomas distintos del inglés, el portugués y el español

Se consideró adicionalmente un segundo tipo de criterios de inclusión, esta vez de carácter conceptual. Para esto, se emplearon como base cuatro de los cinco criterios de evaluación que propone la iniciativa SIHI para la selección de sus casos de estudio: grado de innovación, inclusión, eficacia y asequibilidad (2017):

- Grado de innovación, hace relación al giro, cambio relativo o mejora significativa que se logra con la intervención.
- Inclusión, se refiere a cómo la intervención mejora el acceso y la equidad a un determinado servicio o producto a un número considerable de personas.
- Eficacia, hace referencia a la consecución de un cambio positivo en la salud de la población beneficiaria a través de la iniciativa.
- Asequibilidad, cubre el aspecto de la intervención que hace posible el acceso a quienes antes no habrían tenido oportunidad de hacerlo o que hace el servicio más rentable que el ofrecido en el mercado.

Etapa 4. Búsqueda en bases de datos en línea y repositorios institucionales.

Durante este momento se realizó la búsqueda del material documental en bases de datos y repositorios de textos académicos haciendo uso de los descriptores y términos relacionados, seleccionados.

A partir de los descriptores, términos relacionados y fuentes de información elegidas se dio inicio a la búsqueda del material documental. Al realizar la búsqueda se descartó el material que en un segundo filtro no cumplió con los criterios de inclusión. Debido a las fuentes de información seleccionadas la mayoría del material encontrado lo constituyeron artículos identificados en una primera búsqueda, independiente del factor de impacto de la revista y de las categorías de búsqueda que arrojaron los tesauros.

Esta búsqueda inicial se hizo tomando la categoría conceptual principal en los tres idiomas “Innovación Social en Salud”, “Social Innovation in Health” e “Inovação Social em Saúde”. La búsqueda incluyó los filtros correspondientes de año y países objetivo. Los filtros o parámetros de

la búsqueda correspondieron a la opción ofrecida por las fuentes en “Article title, abstract, keywords”.

Teniendo en cuenta que la búsqueda inicial no entregó los resultados esperados, se decidió que se tomaría los descriptores y conceptos relacionados, a partir de las categorías conceptuales principales: “Innovación Social”, “Salud” e “Innovación”, las cuales permitieron identificar un grupo de conceptos relacionados para complementar la búsqueda, lo que permitió realizar una búsqueda con resultados más eficientes.

Los textos encontrados fueron registrados en una matriz de Excel diseñada para tal fin y en el software EndNote web.

Momento 2. Selección del material

A partir de los criterios de inclusión para la búsqueda descritos y presentados en la **Tabla 4** y los criterios conceptuales, se realizó la revisión del material documental arrojado y registrado durante el proceso de búsqueda, para lo cual se recurrió al Endnote 8, como software utilizado para llevar registro organizado del material documental. Este registro incluye toda la información necesaria para la citación como autor, año, revista, tipo de documento, lugar de publicación, abstract, entre otros, que permitió el procesamiento de la información para la descripción y análisis propio de esta investigación. Este registro se constituye en una fuente importante para avanzar en el proceso de aproximación al desarrollo teórico y metodológico de la IS en salud por parte del SIHI-LAC Hub. Esta herramienta además de facilitar la organización de la información obtenida durante la búsqueda permite el adecuado manejo de las citas y referencias bibliográficas en el proceso de escritura.

Para avanzar en la selección del material, se realizó una segunda revisión registrando el material documental en orden alfabético en una matriz de Excel con las variables identificadas para continuar con la caracterización cualitativa y cuantitativa del material.

La selección definitiva se hizo a partir de la identificación de pertinencia temática, desde la lectura cuidadosa del abstract, resumen o introducción y en algunos casos de una primera lectura del texto completo. Debido a que en ocasiones el título, palabras claves y el mismo resumen, no eran suficientes para identificar los elementos de IS en salud, más aún cuando por lo general, los autores no nombran esta categoría específica y explícitamente.

Momento 3 - Análisis de los datos

Para asegurar que la lectura de los 80 textos seleccionados por su pertinencia temática diera cuenta de los desarrollos teórico-conceptuales y metodológicos de la IS en salud en Latinoamérica, se recurrió a dos tipos de lectura analítica: intratextual e intertextual. A través de la lectura intratextual se logró una aproximación específica a los textos y a los planteamientos de los autores, fue posible identificar las ideas y argumentos de estos para comprender, desde los planteamientos de cada uno, lo que pretenden comunicar alrededor de la categoría central de análisis: la IS en salud. Fue en este momento cuando se determinaron los criterios de lectura a aplicar.

A este tipo de lectura le siguió la de tipo intertextual, en este momento se compararon enunciados encontrados en el conjunto de textos seleccionados de acuerdo con las necesidades y desde la perspectiva de lo que se tenía hasta el momento sobre la IS y la IS en salud.

Etapa 1. Revisión y análisis descriptivo de los textos seleccionados

Después de la identificación de los materiales, se llevó a cabo el proceso de análisis que empezó por reconocer de manera cuantitativa y cualitativa lo que abordaban los textos, primero a

partir del título, abstract y palabras claves, para luego proceder con la caracterización de tipo descriptivo de los materiales teniendo en cuenta una serie de variables, entre ellas, sector del que deviene la población (académico, gubernamental, ONG, entre otras), tipo de material, autores que están escribiendo sobre el tema, revista en que se está publicando, año de publicación, país de publicación, país de la producción o aplicación de la experiencia, idioma, palabras claves más utilizadas. Este proceso de revisión cuidadosa de los textos dio lugar a una depuración definitiva del material que sería objeto de análisis.

El proceso seguido implicó la clasificación y reorganización de las fuentes en matrices de Excel para dar lugar al análisis descriptivo, seguido de la categorización del material de acuerdo con el enfoque reconocido o identificado a partir de la lectura de cada una de las fuentes. Uno de los puntos importantes de este momento del análisis fue el rastreo de la IS en salud como concepto para los diferentes autores e innovadores.

Los criterios de lectura se determinaron y registraron a partir de un único formato de ficha de registro para lograr la identificación de los siguientes criterios. Ver **Tabla 6**.

Tabla 6

Criterios de Lectura para Análisis

Listado de criterios de lectura para análisis	
1	Desarrollo conceptual
2	Enfoque conceptual
3	Enfoque metodológico
4	Criterio de éxito
5	Cumple con un criterio innovador
6	Fin propuesto
7	Criterios relacionados con la IS en salud
8	Concepto amplio de Salud

En este momento del proceso de análisis intra e intertextual del material documental seleccionado se procedió al análisis y triangulación de la información, donde se encontraron similitudes, diferencias y/o vacíos conceptuales, esto se obtuvo a partir la lectura de cada una de las fichas y el uso de fichas de registro.

Para tal fin, se trabajó con una ficha de registro que comprendía una serie de datos básicos para la identificación de criterios de análisis (**Anexo 1**).

El análisis se hizo en dos vías:

La primera a partir de una aproximación cuantitativa de tipo descriptivo de los materiales documentales encontrados, con el interés de responder a las preguntas complementarias y adyacentes a la pregunta orientadora o pregunta de investigación.

En este aparte se hizo la descripción cuantitativa de los datos hallados como cantidad de textos seleccionados, país de origen de la publicación, país de aplicación o desarrollo de la iniciativa, caracterización por tipo de publicación, revistas con mayor número de publicaciones en el tema, relación de las revistas y su factor de impacto, participación sectorial (pública, privada, tercer sector). También se ofrece un análisis de red de las instituciones involucradas y su interacción en el desarrollo del material de la muestra. El mapa de redes se realizó con el apoyo del software Gephi⁴.

⁴Gephi Es software open-source de análisis de redes y visualización escrito en Java en la plataforma NetBeans.

El análisis cualitativo de contenido, realizado mediante lectura intra e intertextual, dio lugar a una aproximación de orden conceptual de lo que los autores asumen como IS en salud de manera explícita o implícita, igualmente permitió la identificación de convergencias en los enfoques y abordajes teóricos y metodológicos de las IS en salud y de las aplicaciones que hicieron parte de la muestra objeto de este análisis. Fueron preguntas importantes en este momento del estudio: ¿qué se entiende por IS en salud? ¿qué lecciones aprendidas ha dejado el estudio de este fenómeno social? ¿qué enfoques metodológicos han empleado las iniciativas encontradas?

Las respuestas ayudaron en la construcción del panorama actual de la producción latinoamericana sobre IS en salud que se gestó en los últimos cinco años.

1.7 Consideraciones Éticas

A partir del interés de la presente investigación de modalidad cualitativa y de tipo documental, en tratar de comprender y entregar el resultado del análisis de un proceso de generalización que partió del valor singular de cada material; se consultó y consideró los lineamientos éticos en relación con la investigación cualitativa basados en los artículos desarrollados por la Dra. Ana Paula Meneses.

Se empieza por aclarar que el carácter de este estudio es netamente académico y su propósito está alineado con un interés social en el campo de la salud para propiciar mejores condiciones en la aplicación de iniciativas en esta área y está exento de atribuciones comerciales. Un segundo interés fue el de realizar una crítica científica que pretendió lograr la comprensión de lo que se percibió como IS en salud en Latinoamérica en los últimos cinco años, sin tener interés en que este análisis crítico constituya difamación o injuria al trabajo que los autores involucrados

realizaron, ya que todas sus expresiones individuales fueron importantes y necesarias para el propósito que se planteó esta investigación.

Se consideraron aspectos éticos de la investigación cualitativa en tanto el estudio dio lugar a análisis desde esta perspectiva. La tradición metodológica de la investigación cualitativa valora sus diferentes aspectos como lo son “los alcances de la indagación, los métodos o la epistemología” que son el medio para comprender mejor un objeto de estudio y establecen criterios para responder a las preguntas de investigación formuladas (González, Martínez, 2002). Esta investigación se apoyó en técnicas como la lectura intra e intertextual para dar sentido a lo encontrado y estudiado.

Algunos aspectos importantes para considerar en este estudio han sido el respeto por los desarrollos de los diferentes autores, por lo que la citación ha sido fundamental para ser fieles en los planteamientos hechos en cada uno de los textos. Toda crítica desde una postura académica tiene como finalidad potenciar la construcción de conocimiento sobre el tema y dejar evidencia de los vacíos teóricos y metodológicos que puedan aportar en futuros desarrollos.

Como práctica científica para garantizar los aspectos éticos de la investigación, este estudio también pasó por la revisión del comité de ética de CIDEIM, obteniendo el reconocimiento y aportes para avanzar en el proceso sin restricciones por no tratarse de una investigación con seres humanos.

Capítulo II

La innovación social en salud, un concepto en construcción

En este capítulo se presenta una caracterización de la producción relacionada con la IS en salud, a partir de la sistematización y clasificación de los materiales de la muestra documental identificados y seleccionados. Con esta aproximación cuantitativa de tipo descriptivo que se presentará a continuación, se respondió a preguntas como: ¿en cuáles países se originaron las producciones académicas encontradas durante la búsqueda?, ¿en cuáles de estos países se gestaron las iniciativas en IS en salud?, ¿qué revistas se interesaron en este enfoque qué autores marcaron posturas y posicionaron el tema como objeto de estudio de interés?, y ¿qué formas de abordar los procesos de innovación en relación con la salud se destacaron dentro del contexto Latinoamericano entre el 2013 y 2018?

Esta caracterización a manera de panorama general sirve como punto de partida para facilitar la articulación de esfuerzos en proyectos de investigación entre actores e instituciones clave, también puede facilitar la identificación de los principales temas y problemáticas en salud que identifican las comunidades, incluso puede dar lugar al reconocimiento de entidades financiadoras para proyectos relacionados.

Dentro de las consideraciones importantes para el análisis de esta investigación documental están los países en los que se desarrollaron las iniciativas y en los cuales se concentró la producción del conocimiento sobre IS en salud; además, a partir cuáles enfoques se están realizando acercamientos teóricos y prácticos sobre el tema en cuestión.

Este panorama general permite constatar la hipótesis o afirmación preliminar acerca de que el estudio y desarrollo conceptual sobre IS está concentrado en países de habla inglesa y países de altos ingresos, pero sin perder de vista el objetivo del estudio, aquí se analizó el material

documental producido en la región, en el que se reconocen experiencias dotadas de sentido contextual, con características e iniciativas que buscan responder a enfermedades y problemáticas propias de la región. En este sentido, esta aproximación permite conocer lo que se obtuvo y caracterizó al grupo de los 80 textos que constituyeron la muestra.

2.1 Geografía de la Investigación e implementación de Iniciativas en IS en salud en Latinoamérica

¿Qué países están liderando, desarrollando, promoviendo y fortaleciendo la investigación en IS en salud en Latinoamérica?

La búsqueda inicial permitió identificar un aproximado de 190 textos, de los cuales fueron seleccionados para seguir el proceso de análisis, un total de 80 que constituyeron la muestra de este estudio (**Anexo 2**). En estos 80 textos se encontraron que, 12 de los 20 países latinoamericanos (60%) están interesados en la aplicación de formas innovadoras de mejorar los servicios, productos y procesos de atención en salud. En estos 12 países se concentró la aplicación de las iniciativas relacionadas con la IS en salud en Latinoamérica: Colombia, Brasil, México, Guatemala, Perú, Argentina, Honduras, Chile, Costa Rica, Venezuela, Uruguay y Paraguay. Esto quiere decir que son los países de los que emergen o se proponen y desarrollan iniciativas de IS en salud (**Tabla 7**).

Tabla 7*Países de aplicación de las iniciativas halladas en la muestra seleccionada*

<i>País/Lugar de aplicación</i>	<i>Cantidad de Aplicaciones (N=80)</i>	<i>Porcentaje</i>
1 Colombia	25	31.25%
2 Brasil	14	17.5%
3 México	6	7.5%
4 Perú	3	3.7%
5 Argentina	2	2.5%
6 Chile	2	2.5%
7 Honduras	2	2.5%
8 Guatemala	2	2.5%
9 Costa Rica	1	1.25%
10 Venezuela	1	1.25%
11 Uruguay	1	1.25%
12 Paraguay	1	1.25%
Amazonía	1	1.25%

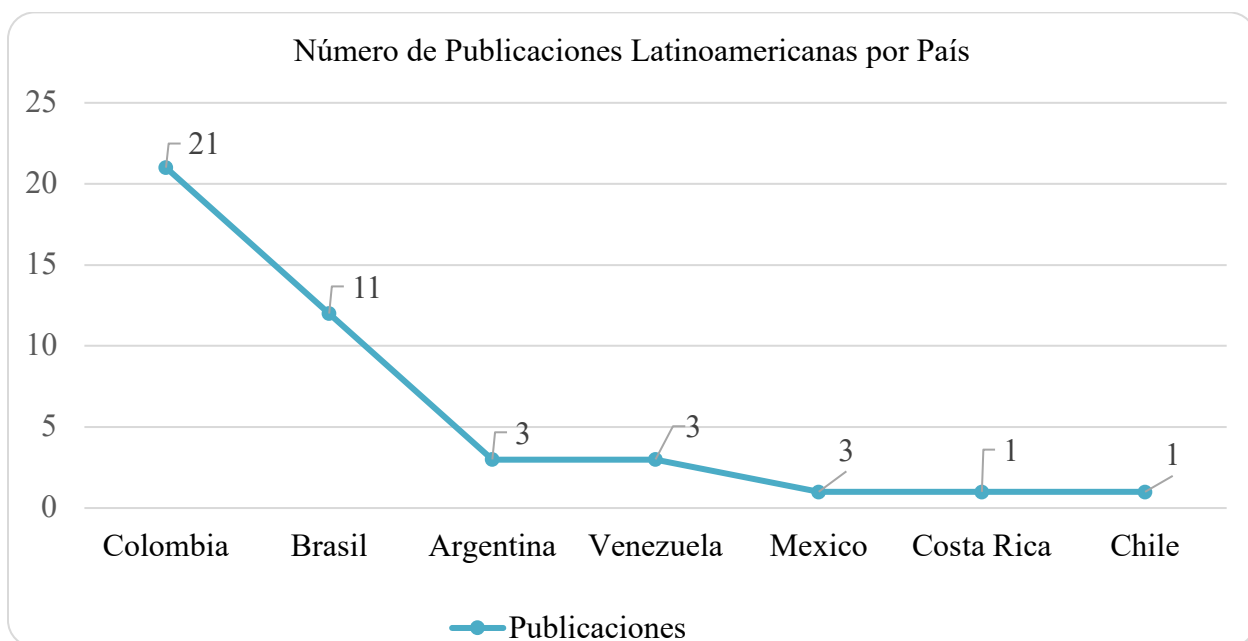
En este caso, es importante anotar que en Colombia se desarrollaron 11 aplicaciones por encima de Brasil, las cuales corresponden a tesis de pregrado y posgrado de repositorios de universidades colombianas. Entonces, sin estos productos, lideran la producción Colombia y Brasil, cada una con 14 aplicaciones en el periodo del estudio.

Con respecto a los países a los que pertenecen las revistas en las que se está publicando sobre el tema, fueron 14 los que contribuyeron a la muestra, de ellos siete son Latinoamericanos, dentro de estos está, Colombia con 21 publicaciones que corresponden a una participación porcentual del 26.3 y Brasil con 11, con una participación porcentual del 13.8, lo que de nuevo ratifica el liderazgo de estos dos países en producción académica sobre IS en salud en la región. Les siguen Argentina, México y Venezuela con tres publicaciones, Costa Rica y Chile con una publicación cada uno. El 35% de los países latinoamericanos, son los que le apuestan a la

investigación de iniciativas innovadoras en salud para mejorar los servicios, procesos y productos entre los años 2013 y 2018 (**Figura 3**).

Figura 2

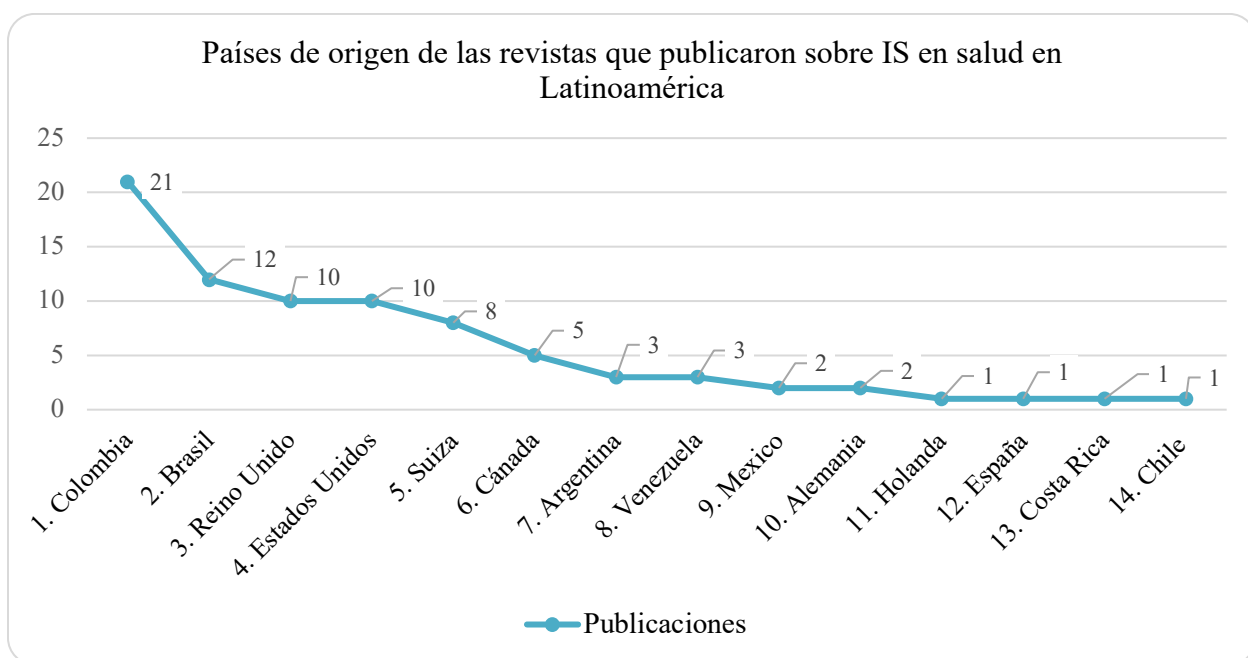
Número de Publicaciones Latinoamericanas por país



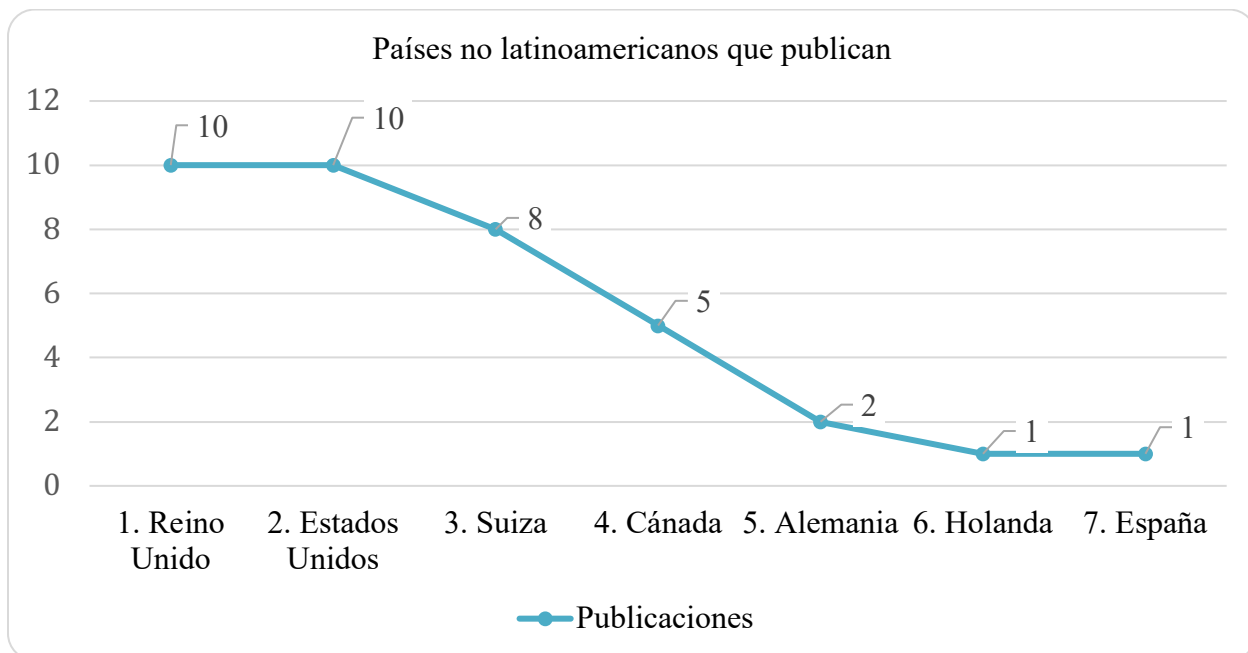
En el caso de Colombia, el liderazgo en cuanto a publicaciones puede estar relacionado con que es un país en el que la IS ha tenido eco en el sector público, con importante participación del sector privado en algunas ciudades. Además, ésta ha tenido aceptación en el ámbito académico con fines de implementación antes que de investigación. Un indicador de esto es la oferta universitaria de programas en desarrollo, innovación e innovación social que sirve a instituciones públicas y privadas para alcanzar objetivos de gestión. Como se mencionó antes, haber realizado este estudio en Colombia, favoreció el acceso a material o producción académica sistematizada en los repositorios universitarios nacionales.

Figura 3

Países de origen de las revistas que publicaron sobre IS en salud en Latinoamérica



De los 14 países en los que están las revistas que han publicado sobre desarrollos en IS en salud en Latinoamérica, siete países no son latinoamericanos. Dos de ellos están ubicados en Norteamérica, Estados Unidos y Canadá, el primero con una participación de 10 publicaciones equivalentes al 12.5% de la muestra y el segundo con un 6.3%, es decir cinco publicaciones. Los cinco países restantes están ubicados en Europa, se listan a continuación de acuerdo con el número de publicaciones: Reino Unido con una participación del 12.5% (10 publicaciones), Suiza con 10% (8), Alemania con dos publicaciones (2) correspondientes al 2.5%, y España y Holanda con una (1) publicación cada uno, que indica una participación porcentual del 1.3%.

Figura 4*Países no latinoamericanos que publican*

Podría esperarse que en la muestra, el número de países latinoamericanos que publican sobre el tema sea mayor con respecto a los países no pertenecientes a la región, en tanto los datos epidemiológicos dan cuenta de la apremiante necesidad de conocer mejor su realidad en salud, y también ante la significativa tendencia en potenciar el trabajo comunitario desde las diferentes ciencias sociales y desde la salud pública. Al parecer, el interés se centra en la generación e implementación de iniciativas que buscan resolver necesidades apremiantes y cierta predominancia del enfoque asistencialista que pone en un segundo plano la investigación y la producción académica sobre el tema.

2.2 El Caso de Colombia y Brasil

Colombia y Brasil con 25 y 14 iniciativas aplicadas demuestran que, el interés que tienen estos dos países en mejorar las condiciones de salud de las comunidades es mayor que en el resto

de países de la región. Muestra también que ambos países están interesados en construir conocimiento alrededor de nuevas estrategias para el mejoramiento de sus contextos de salud.

Para conocer más sobre este hallazgo, en el caso de Colombia específicamente, se identificó qué instituciones y ciudades del país son las más involucradas. En la revisión se encontró para el país un total de siete universidades de diferentes ciudades trabajando en el tema de manera directa e indirecta. De éstas, solo dos son públicas: Universidad de Antioquia en Medellín, y la Universidad del Cauca en Popayán. Las cinco privadas son: Universidad ICESI en Cali, Universidad Pontificia Bolivariana en Medellín y la Universidad Tecnológica de Bolívar en Cartagena, la Universidad Javeriana (diferentes sedes del país) y la Universidad de los Andes en Bogotá.

En el ámbito académico, el tipo de publicación que predomina es el de las tesis de posgrado, de la revisión general solo en Colombia se encontraron entre 2013 y 2018, 11 resultados en esta categoría de 25 en total para el país. La universidad con mayor número de publicaciones en Colombia fue la Universidad ICESI en Cali, con un total de cuatro, todas realizadas en el marco de la Maestría en Gerencia para la Innovación Social (MGIS), adscrita a la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Es la única universidad en la que se encuentra más de una publicación debido a su oferta académica directamente relacionada con el tema objeto de este estudio.

Por otra parte, las ciudades con mayor producción académica en el tema son Cali con cuatro tesis, seguida por Medellín y Bogotá, ambas con dos universidades, y una publicación cada una.

Fue posible identificar que, ninguna de las tesis que hicieron parte de la muestra logra un abordaje conceptual de la IS en salud, sino que se encarga de realizar un análisis situacional de su problema de estudio. Una de estas tesis adscribe o asume como enfoque de trabajo, la IS a razón

de que contribuye a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) sin ahondar en más especificidades, la autora expresa “La estrategia corresponde a un modelo de innovación social en el sector de la salud, se alinea con los ODS descritos en la agenda 2030”(Anacona, 2017).

En cuanto al énfasis de las maestrías de las universidades donde se encontró el material, solo la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad ICESI vincula la “IS” al nombre de una de sus maestrías. Por su parte, la Universidad Uniminuto y la Universidad de Nariño, ofrecen maestría en “Innovación Social” pero con énfasis en Educación y en diseño, respectivamente. Las especializaciones de dos universidades tienen énfasis en salud, una de ellas es la Universidad Nacional de Colombia en su Facultad de Medicina y la Pontificia Universidad Javeriana en su Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas.

La Tecnológica de Bolívar en su Facultad de Ingeniería, se especializa específicamente en innovación y la Universidad de los Andes también en diseño. Se encontró, además, dos universidades donde se produjo material en carreras de posgrado con énfasis en desarrollo: la Universidad del Cauca en su Facultad de Ciencias Contables, Económicas y Administrativas y la Universidad Pontificia Bolivariana en su Escuela de Ciencias Sociales. Por último, en esta muestra se identificó sólo una carrera de posgrado con énfasis netamente social, la Universidad de Antioquia (Trabajo Social). Pero en general en ninguno de los programas de posgrado, a excepción de la MGIS de ICESI, articula la innovación a lo social tanto en la formación como en la práctica.

El interés de las universidades por el tema denota la versatilidad del mismo para su aplicación y las posibilidades de articulación, transversalización e intersección entre IS y salud, además de la vinculación de la IS a diferentes campos de estudio en el panorama académico

colombiano y el reconocimiento de ésta como enfoque para buscar soluciones a problemas de acceso a servicios de salud de calidad (**Tabla 8**).

Tabla 8

Composición Universitaria de las Publicaciones Colombianas

<i>Carrera de Posgrado</i>	<i>Universidad</i>	<i>Facultad</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Publicaciones</i>
Maestría en Gerencia para la Innovación Social	ICESI	Derecho y Ciencias Sociales	Cali	4
Especialización en Administración en Salud Pública y Servicios De Salud	Universidad Nacional de Bogotá	Medicina	Bogotá	1
Maestría en Diseño	Universidad de los Andes	Arquitectura y Diseño	Bogotá	1
Pregrado en Trabajo Social	Universidad de Antioquia	Ciencias Sociales y Humanas	Medellín	1
Maestría en Estudios Interdisciplinarios del Desarrollo	Universidad del Cauca	Ciencias Contables, Económicas y Administrativas	Popayán	1
Maestría en Desarrollo	Universidad Pontificia Bolivariana	Escuela de ciencias Sociales	Medellín	1

En el caso de Brasil no se obtuvo ninguna tesis de postgrado ni pregrado. En este análisis no se consideró la institución de cada autor, sino simplemente la revista que publica sobre desarrollos de la IS en salud en Latinoamérica. En este sentido, Brasil contribuyó entre 2013 y 2018, con un total de 11 publicaciones. A estas 11 se suman dos publicaciones que corresponden a una conferencia en evento internacional y a un capítulo de libro (**Tabla 9**).

Tabla 9*Revistas Brasileiras que publican*

Revistas Brasileiras que publican	
1	Cadernos Saude Publica
2	Ciência & Saúde Coletiva
3	International Journal of Public Health
4	Journal of Health Sciences
5	Revista de Gestão Costeira
6	Revista de Administração Pública – RAP
7	Revista Gaúcha de Enfermagem
8	Texto & Contexto-Enfermagem

2.3 Comportamiento Temporal Identificado en la Aplicación e Investigación en IS en salud

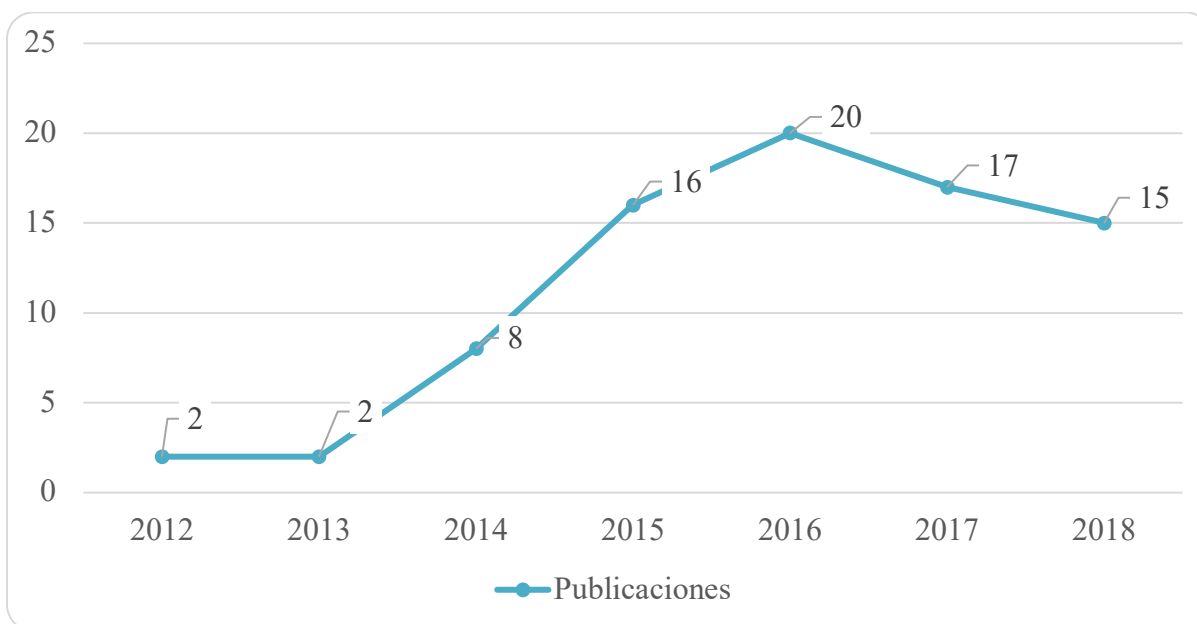
A pesar de que el año 2012 no fue considerado inicialmente en el período de tiempo delimitado para la búsqueda, hubo dos textos que se incluyeron por la importancia y aporte que representaban a la investigación, los títulos de estas dos publicaciones son: *Casos de Innovación Social en Salud en Colombia: retos y proyectos* de Ruiz (2012) y *Auto organización comunitaria para la innovación social y el desarrollo local, un Caso de la Comuna 13 de Medellín de Cruz* (2012).

De manera que, como puede verse en la **Figura 5**, incluyendo o no el año 2012, la distribución por año de los 80 textos seleccionados a partir de la búsqueda, muestra un ascenso importante a partir de 2015, siendo el año 2016 el de mayor producción relacionada con un total de 20 publicaciones (25% de la muestra). Para los dos últimos años (2017 y 2018), hay un descenso que, aunque poco significativo, es progresivo. Esto invita a seguir indagando por lo que puede pasar durante los años 2019 y siguientes con los índices de producción en tanto se evidencia un auge importante en el tema y el fortalecimiento del nodo de Innovación Social en Salud para

Latinoamérica y El Caribe en el marco del programa antes mencionado SIHI Global adscrito a TDR/OMS.

Figura 5

Comportamiento temporal de la producción



En el año 2013 se identificaron sólo dos textos publicados, de los cuales, uno parece aportar de manera importante, al enfoque de la IS en salud, en tanto reconoce la IS como medio para implementar las TICs en el sector salud. La tesis “Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) en el Sector Salud”(Avella & Parra, 2013), producida en el marco de la especialización en administración en salud pública y servicios de salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, está directamente relacionada con el objeto de este estudio documental. Su interés fue tomar ventaja de la tecnología para mejorar el acceso a la salud en comunidades dispersas, reconociendo e investigando el potencial de las TICs para contrarrestar las limitaciones de acceso y cómo mejorar la eficiencia de los servicios de salud. Los descriptores

bajo los cuales se catalogó esta investigación fueron: ciencia de la información, sistemas de información en salud, tecnología de la información, políticas públicas y gestión del conocimiento para la investigación en salud.

Para 2014, se identificó una producción de ocho fuentes, de las cuales tres abordan específicamente el concepto de IS aplicado a la salud, pero sólo uno lo reconoce como IS en salud y lo relaciona directamente con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Los otros cinco plantean desarrollo de innovación en salud, innovación tecnológica en salud y ecosalud.

En 2015 por su parte, se duplicó el número de publicaciones en la muestra, con respecto a 2014. De las 16 publicaciones que corresponden al 20% de la muestra, nueve están dedicadas a la divulgación de experiencias, programas o proyectos para resolver alguna situación específica en salud en países tales como Perú, México, Uruguay, y Brasil. Dos de ellos abordan la innovación y salud en contexto regional.

De las 20 publicaciones identificadas en 2016, siete fueron producidas en Colombia (35%), seis en Brasil. Los menos representativos por número de publicaciones fueron México con dos artículos y Perú y Honduras con solo una publicación cada uno, ninguno de los textos producidos en este año presenta ninguna tendencia temática ya sea en enfermedad o evento en salud particular. Dos de las publicaciones de este año, se refieren a la IS o tecnológica en América Latina. Se resalta que cuatro de estos textos focalizan la generación de iniciativas para resolver problemas de salud en población indígena de México, Brasil y Colombia. Otros, aunque en menor proporción, se centran en la atención a personas adultas mayores, con discapacidad intelectual o cognitiva, usuarios de crack y población rural en general.

En el año 2017, se registra una reducción de producciones dentro de la muestra, con respecto al 2016, 17 textos de la muestra corresponden a este año de publicación. De éstos, cinco fueron publicados en Colombia, pero seis se trataban de iniciativas colombianas pero publicadas en Colombia y Holanda. Esta última publicación corresponde al Journal Potato Research, y es el único texto de la muestra que implementó a partir de un enfoque agrícola y de emprendimiento social, una iniciativa para responder a una problemática en seguridad alimentaria. Se trató de un proyecto de cultivo de un nuevo tipo de papa amarilla con alto contenido nutricional, mayor rendimiento y resistencia a plagas. Para este año se destaca el artículo de Ballard et al.(2017), que aborda de manera nominal desde su título, a la IS en salud como enfoque.

De los 17 textos, tres están tomando como enfoque la educación en salud para la transformación social en ámbitos comunitarios, además, es el año en el que se inicia la publicación de SIHI Global (TDR/OMS) que da cuenta de dos casos de IS en salud en Latinoamérica: uno en Paraguay y otro en Brasil, ambos con énfasis en salud indígena.

Para 2018, se identifican 15 publicaciones. De éstas, tres están relacionadas con iniciativas de IS en salud identificadas en convocatoria del Hub SIHI-LAC, dos implementadas en Guatemala y una en Honduras. SIHI Global publica en este año, también, un libro a manera de compendio de casos(Chamas & Niekerk, 2018) con un capítulo completo para diseminar y describir iniciativas de IS en salud en Latinoamérica.

El 2018 presenta un auge en el cual los colectivos se muestran interesados en el tema de la IS en Latinoamérica, además del Hub SIHI-LAC, se conocen publicaciones realizadas por Latin American Social Innovation Network (LASIN), red que agrupa instituciones de educación superior de diferentes países de la región, entre ellos Chile, Brasil, Panamá y Colombia. En su libro Lasin:

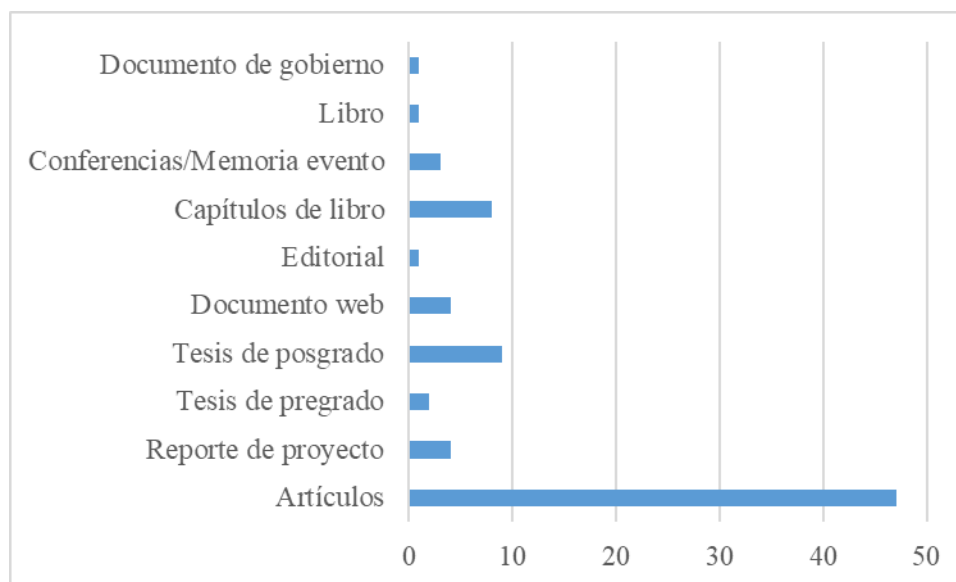
results and reflections (Anderson et al., 2018), se desarrollan en capítulos independientes dos iniciativas en salud una en Medellín Colombia (El parque de la Vida) y la otra en Chile (Toma una mano).

Por otra parte, se evidencia que tres de las publicaciones de 2018 plantean soluciones para el control y reducción de la enfermedad de Chagas y dos están relacionadas con las Enfermedades Desatendidas de la Pobreza (NTD sigla en inglés).

2.4 Descripción de los textos por tipo de publicación

Las fuentes de información seleccionadas fueron recuperadas de bases de datos posicionadas para garantizar su confiabilidad e integridad científica, procurando satisfacer de forma rigurosa la creciente demanda de conocimiento a nivel académico y profesional sobre la IS en salud.

El tipo de documentos recuperados que predominan en este estudio fue el *artículo científico*. Del total de la muestra (80), 47 son artículos de revistas nacionales e internacionales, los cuales corresponden al 58% del total de la muestra. Seguido por ocho capítulos de libro y nueve tesis de posgrado, lo que corresponde a un aproximado del 10% para cada uno. Hacen parte también del material de estudio, cuatro reportes de resultados de proyectos, con una representatividad del 5% en la muestra, cuatro documentos web (literatura gris), tres conferencias/memoria de evento, dos tesis de pregrado, entre otras con sólo un producto, tales como: libro, editorial y documento de gobierno (**Figura 6**).

Figura 6*Composición de la Muestra por Tipo de Publicación*

Tal como se observa en la **Figura 6**, los tipos de documento menos representativos dentro de la muestra fueron las conferencias/memorias de evento, las tesis de pregrado, libros y editorial de revista. Todos ellos con una representatividad del 9,8% del total de la muestra.

Con respecto a los artículos científicos (58% de la muestra), se analizó el Factor de Impacto (IF, sigla en inglés) de las revistas en que éstos fueron publicados para el último año disponible (2017), resultados que se describen a continuación.

2.5 Caracterización de los Artículos de la Muestra Seleccionada

Se profundizó en este tipo de publicación por ser la que predominó en la muestra. Una revista científica se puede considerar importante y con relevancia académica por su antigüedad, posicionamiento a través de su desempeño, fuente de información para otros autores que reconocen su rigurosidad y número de citas que alcancen sus artículos.

Las revistas se consolidan para publicar sobre temas específicos en áreas temáticas especializadas, con el fin de llegar a lectores interesados en éstas. Por su parte, los artículos están realizados por autores competentes y con amplia trayectoria de trabajo en los temas que se publican, además, las publicaciones de este tipo de documentos son evaluadas previamente, bajo una mirada rigurosa, por un comité de expertos en la disciplina abordada con el fin de concluir si tiene valor y debe ser publicado.

Considerando estos elementos, a través de *SCImago Journal & Country Rank* (SJR), entendida como una medida de la influencia científica que alcanzan las revistas académicas. Esta medida explica tanto el número de citas recibidas por una revista como la importancia o el prestigio de las revistas en las cuales se citan los artículos, se consultó el Factor de Impacto (IF) para cada una de las 36 revistas en las que se encontraron publicaciones para responder al objeto de este análisis documental.

Conocer esta información ayuda a identificar el posicionamiento que la IS en salud como temática de investigación y sus publicaciones, ha ido alcanzando en entornos académicos y científicos de trayectoria y cuál está siendo su reconocimiento como tendencia. También permite identificar qué países están interesados en la producción y desarrollo de investigación en el tema.

Este trabajo también facilita a académicos e investigadores, identificar las revistas en las cuales pueden presentar manuscritos relacionados con la IS en salud.

2.5 Ranking de las revistas de la muestra

El ranking de revistas académicas conocido como Factor de Impacto (FI) es un indicador que evalúa la calidad del desempeño de la investigación, la capacidad de la innovación y el impacto social (Scimago, s. f.) de esta forma se conoce exhaustivamente el

posicionamiento de una revista dentro de su campo de conocimiento, como también la dificultad de publicar en ella y el prestigio que se le asocia. El referente para este ranking se basó en las evaluaciones de la plataforma *Ranking de Revistas Scimago* (SJR por sus siglas en inglés).

De las 36 revistas registradas en el total de la muestra, 29 (80,6%) han sido indexadas en el ranking de Scimago 2018, con una puntuación que fluctúa entre 0.1 y 16, siendo 16 el IF más alto de las revistas que hacen parte de la muestra. Con esta verificación de ranking realizada se identificó que siete, o sea el 19,4% de las revistas no están clasificadas en la plataforma y por lo tanto no cuentan con IF registrado en la base de datos consultada (**Tabla 10**).

Tabla 10

Revistas y número de publicaciones en IS en salud.

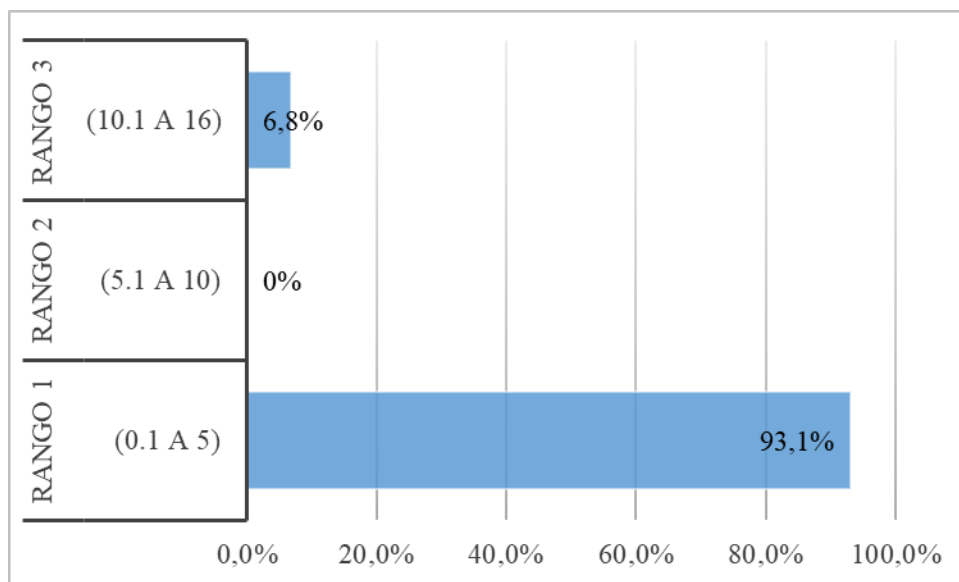
	<i>Revistas</i>	<i>Publicaciones</i>
1	Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene	4
2	Revista Panamericana de Salud Pública	3
3	Plos Neglected Tropical Diseases	3
4	Cadernos De Saude Publica	3
5	Salud Colectiva	2
6	EcoHealth	2
7	The Lancet Infectious Diseases	1
8	The Lancet	1
9	Texto & Contexto-Enfermagem	1
10	Strategy, Technology & Society	1
11	Salud Pública de México	1
12	Revista de Gestão Costeira Integrada	1
13	Revista Salud Uninorte	1
14	Revista Latinoamericana De Hipertensión	1
15	Revista Ingeniería Biomédica	1
16	Revista Gaúcha de Enfermagem	1
17	Revista de Salud Pública	1
18	Revista de Administração Pública	1
19	Progress in cardiovascular diseases	1
20	Potato Research	1
21	Población y Salud en Mesoamérica	1
22	PLoS ONE	1

	<i>Revistas</i>	<i>Publicaciones</i>
23	Malaria Journal	1
24	Journal of Health Sciences	1
25	JMIR public health and surveillance	1
26	JMIR mHealth and uHealth	1
27	JMIR Mental Health	1
28	International Journal of Public Health	1
29	Frontiers in Psychiatry	1
30	Expert Review of Vaccines	1
31	Espacio abierto: cuaderno venezolano de sociología	1
32	Comunidad y Salud	1
33	Ciencia & Saude Coletiva	1
34	Bmc Health Services Research	1
35	Biomédica	1
36	Gaceta Sanitaria	1

Con el propósito de describir los hallazgos sobre el IF de las 29 (80,6%) revistas se establecieron tres rangos de FI, a saber:

Figura 7

Rangos de IF – Revistas



En el rango tres, se registran dos revistas, *The Lancet* con una puntuación en el IF de 16, la más alta de la muestra, esta revista es considerada una de las más destacadas, reconocidas y posicionadas mundialmente en medicina, siguiéndole en segundo lugar y dentro del rango más

alto, con un IF de 9.5 otra de sus revistas afiliadas *The Lancet Infectious Diseases*, notando una brecha de 6,5 entre ellas. Estas dos revistas son las únicas dentro del rango 3, con una representación porcentual del 5.5%. Ambas revistas son de origen británico (**Tabla 11**).

Tabla 11

Clasificación de revistas por rangos

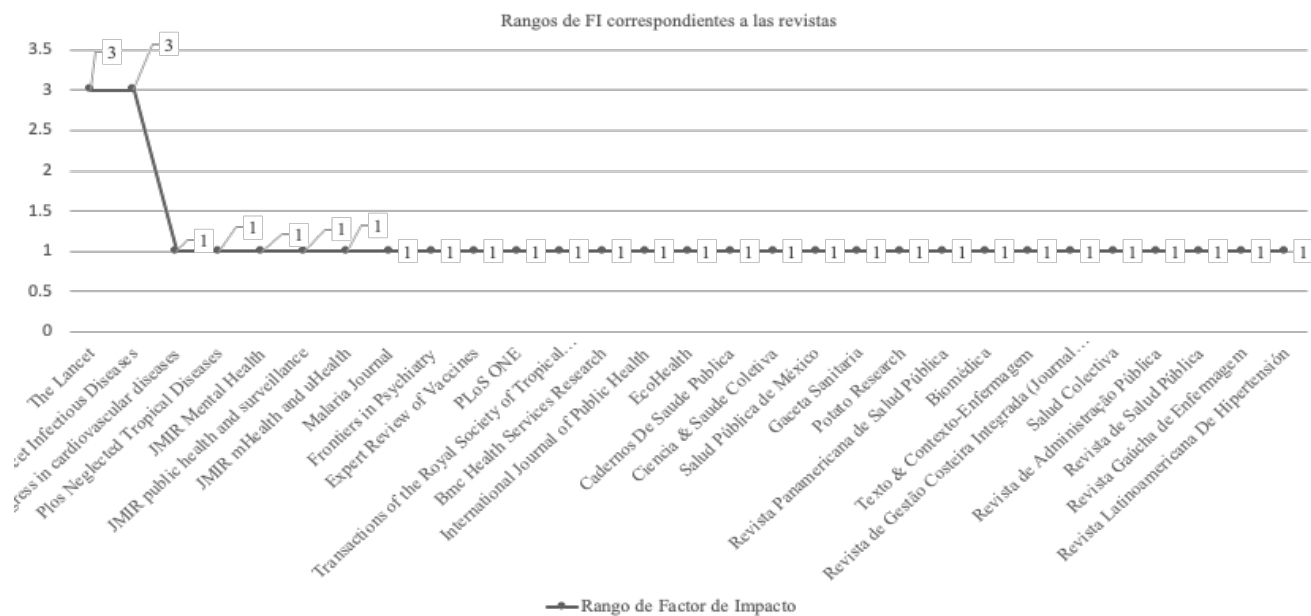
Revistas	País	Rango	Rango	Rango
		1	2	3
		0.1 a 5	5.1 a 10	10.1 a 16
The Lancet	Reino Unido			16
The Lancet Infectious Diseases	Reino Unido			9.5
Progress in Cardiovascular Diseases	Reino Unido	2.8		
Plos Neglected Tropical Diseases	Estados Unidos	2.7		
Malaria Journal	Reino Unido	1.9		
JMIR Mental Health	Canadá	1.7		
JMIR mHealth and uHealth	Canadá	1.7		
Expert Review of Vaccines	Reino Unido	1.6		
Frontiers in Psychiatry	Suiza	1.2		
Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene	Reino Unido	1.2		
PLoS ONE	Estados Unidos	1.1		
Bmc Health Services Research	Reino Unido	1		
International Journal of Public Health	Suiza	1.0		
EcoHealth	Alemania	1.0		
Cadernos De Saude Publica	Brasil	0.6		
Salud Pública de México	México	0.6		
Gaceta Sanitaria	España	0.6		
Ciencia & Saude Colectiva	Brasil	0.5		
Revista Panamericana de Salud Pública	Estados Unidos	0.5		
Potato Research	Países Bajos	0.3		
Biomédica	Colombia	0.3		
Texto & Contexto-Enfermagen	Brasil	0.3		
Revista de Gestao Costeira Integrada (Journal of Integrated Coastal Zone Management)	Brasil	0.3		
Revista de Aministracao Pública	Brasil	0.3		
Salud Colectiva	Argentina	0.2		
Revista de Salud Pública	Colombia	0.2		
Revista Gaúcha de Enfermagen	Brasil	0.2		
Revista Latinoamericana De Hipertensión	Venezuela	0.1		

En el rango 2, no se encuentra ninguna de las 36 revistas, lo que indica una brecha importante en la calidad de las revistas que publican sobre el tema. 27 de las 36 revistas de la muestra están según FI, se encuentran en el primer rango, tal como se observa en la Gráfica N° 10. Estas 27 revistas corresponden al 75% y su FI oscila entre el 0,1 y 5. El FI más alto en este rango lo tiene la revista *Progress in Cardiovascular Diseases* con una puntuación de 2.8, evidenciando una brecha de 6.7 con respecto a la revista *The Lancet Infectious Diseases* posicionada en el rango 3 (ver Tabla N° 10).

En lo que respecta al rango 1, todas las revistas están por debajo del FI 2.8 y las diferencias entre ellas es poca, siendo este grupo el que presenta mayor homogeneidad en la muestra. Las revistas que componen este rango pueden visualizarse en la **Figura 8**.

Figura 8

Rangos de Factor de Impacto



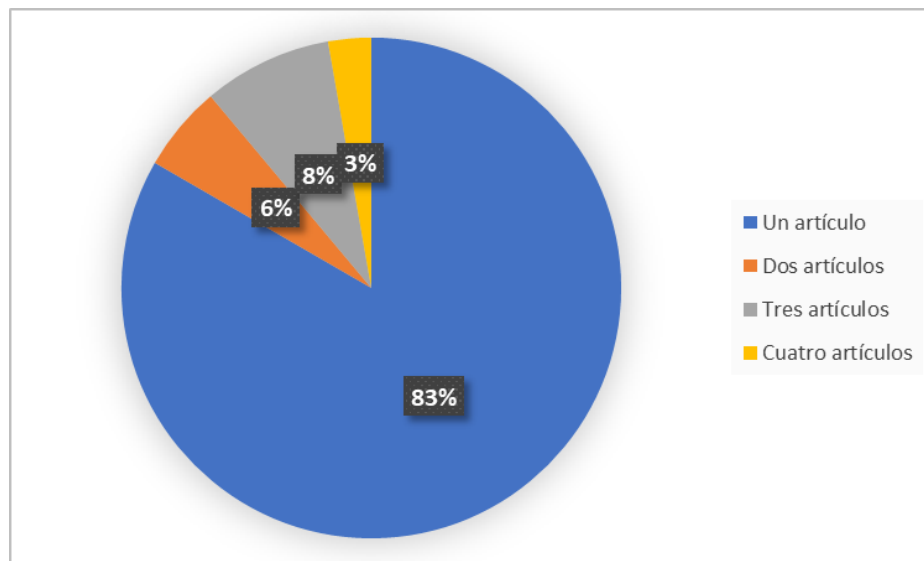
Con respecto a los países de los que proceden las 29 revistas con ranking en Scimago, en el rango 1, los países que lideran la representación son Brasil con el 22%, Reino Unido con el 19%, Estados Unidos y Canadá con el 11%, Suiza y Colombia con el 8%, y por último Alemania, México, España, Argentina y Venezuela con el 4% cada una.

De lo anterior y de manera general sobre el total de la muestra, se puede destacar a Brasil como país latinoamericano líder por número de revistas que se encontró en la muestra; este país cuenta con seis revistas en la muestra y un total de ocho publicaciones. Reino Unido está en un segundo lugar, se encontraron siete revistas y un total de 10 publicaciones. La participación a nivel regional fue de 11 revistas que equivalen al 30.5% de las revistas de la muestra; las 18 revistas restantes (50% de la muestra) son de origen norteamericano y europeo. Es importante tener en cuenta que no se han contado en este dato las siete revistas que no están indexadas en la plataforma SJR (19% de la muestra).

Esto pone en evidencia, por una parte, que las revistas de alto impacto, aún no están publicando en esta área, pero por otra, la situación de desventaja en que está Latinoamérica como región en nivel de experticia en investigación y registro de casos en salud relacionados con la IS o con enfoques en salud que comparten estas características y a pesar que se percibe interés en la producción e investigación en temas de salud e innovación, su producción científica aún tiene mucho que trabajar para alcanzar un óptimo nivel de reconocimiento como categoría y línea de investigación y producción. Esto puede leerse también, como una oportunidad para investigadores e instituciones en Latinoamérica ya que sus aportes en bloque pueden consolidarse para hacerse significativos y ser considerados como punto de referencia en otros países y regiones con contextos similares para contribuir al desarrollo de iniciativas que busquen resolver problemas en salud.

Figura 9

Porcentaje de publicaciones en IS en Salud



Tal como puede verse en la **Figura 9** y en la **Tabla 12**, las revistas que hacen parte de la muestra publicaron entre cuatro y un artículo. De manera general, se puede inferir que la representatividad y posicionamiento de unas revistas sobre otras en cuanto a la publicación de artículos en IS en salud no está muy marcada debido a que la mayoría de revistas, 30 de 36, han publicado solo un artículo. Llama la atención que, sólo una revista ha publicado cuatro artículos sobre el tema, se trata de una revista de Reino Unido que está clasificada en el rango 1 por FI de 1,2: *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, sus cuatro publicaciones se hicieron en el mismo año (2015). En este caso se identifica que todas las publicaciones se enfocan en enfermedades generadas por vectores y en control de vectores en países como Uruguay y México, y en general en países de medianos y bajos ingresos. (Ver **Tabla 12**).

De las que han publicado más de dos artículos se encuentran: Revista Panamericana de Salud Pública con tres publicaciones, Plos Neglected Tropical Diseases también con tres artículos,

Cadernos De Saude Publica con tres, Salud Colectiva y EcoHealth con dos cada uno. Como puede verse, las revistas latinoamericanas están entre 1 y 3 publicaciones y todas en el rango uno por FI como ya se expresó antes.

Tabla 12

Artículos del Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene

Autores	Artículo	Año de Publicación	País de Aplicación	Palabras Clave
Basso, Cesar	Mejora de la prevención de la fiebre del dengue a través de métodos de intervención innovadores en la ciudad de Salto, Uruguay.	2015	Uruguay	Aedes aegypti, participación comunitaria, análisis de costos, investigación eco-bio-social, enfoques intersectoriales
Finkelman, Jacobo	Innovative community-based ecosystem management for dengue and Chagas disease prevention in low- and middle-income countries in Latin America and the Caribbean	2015	Países bajos y de medianos ingresos	Enfermedad de Chagas, Dengue, América Latina, Control de vectores,

Autores	Artículo	Año de Publicación	País de Aplicación	Palabras Clave
Sommerfeld, Johames, Kroeger, Axel	Intervenciones innovadoras de control de vectores basadas en la comunidad para mejorar la prevención del dengue y la enfermedad de Chagas en América Latina: introducción al número especial.	2015	Latinoamérica	La enfermedad de Chagas, Participación comunitaria, Dengue, América Latina, Control de Vectores
Etienne Waleckxa, Javier	An innovative ecohealth intervention for Chagas disease vector control in Yucatan, Mexico	2015	México	Enfermedad de Chagas, Participación Comunitaria, Triatoma dimidiata, Control de vectores

2.6 Sectores Dinamizadores de la Producción de Conocimiento sobre la IS en salud

¿Qué sectores están involucrados en la dinamización de la construcción del conocimiento en IS en salud?

Según lo observado en este estudio, la academia es el principal dinamizador de la investigación y producción de conocimiento sobre IS en salud con un 77.5% de participación, seguido de los organismos multilaterales tales como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS).

TDR⁵, con un 12.5% a lo que puede asociarse su interés en posicionar la IS en salud para atenuar el impacto negativo de los problemas mundiales en salud (**Tabla 13**). Solo se encontró dos participaciones privadas, una la de la multinacional farmacéutica Sanofi con su división de vacunas Sanofi Pasteur en una investigación relacionada con la prevención del dengue y otra a la Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica (AMIIF) con la publicación de una memoria digital para el foro de la semana de la innovación social en salud. En cuanto al sector público (independiente de las universidades públicas) se encontró la participación de cuatro instancias de salud específicamente relacionadas con los gobiernos. Llama la atención que puede haber iniciativas innovadoras en salud que no se dan a conocer y otras que sólo usan como medio de divulgación páginas web y otros medios de comunicación electrónica.

Tabla 13

Sectores de la muestra

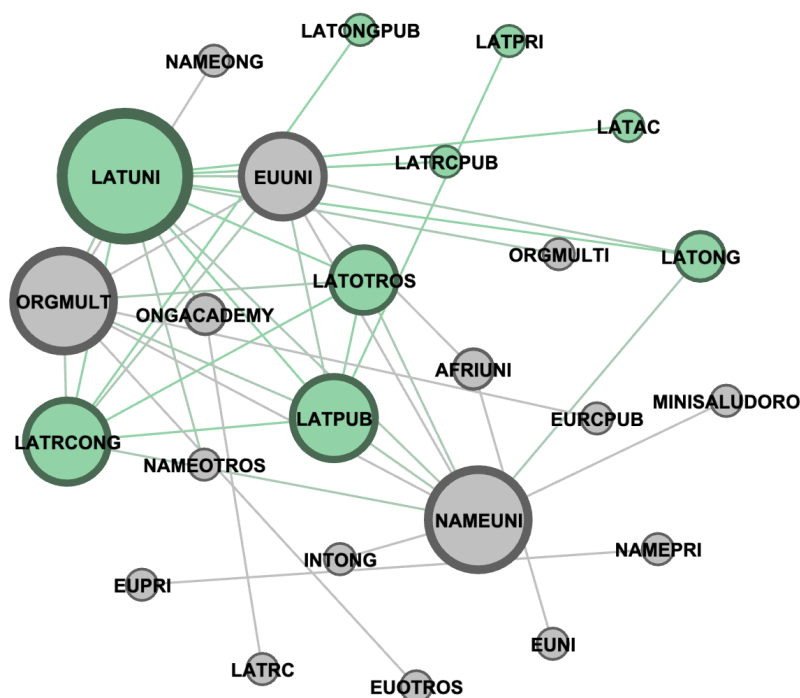
Sector	Conteo final	Porcentaje de Participación
Academia	62	77.5%
ONG	2	2.5%
Organismo Multilateral	10	12.5%
Privado	2	2.5%
Público	4	5%
N=	80	

⁵ Programa global de colaboración científica que ayuda a facilitar, apoyar e influir en los esfuerzos para combatir las enfermedades de la pobreza que es apoyado por el Banco Mundial, UNICEF, La Organización Mundial de la Salud y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Dentro de este análisis se quiso profundizar sobre la participación de los sectores a través de las intervenciones documentadas y aquí revisadas, pero esta vez recurriendo al análisis en red. Para esto se identificó y clasificó separadamente a las instituciones que colaboraron de acuerdo con la afiliación de los autores en el desarrollo de los artículos por sector, región y tipo de institución u organización:

Figura 10

Colaboración intersectorial por región y relación colaborativa entre estas redes



Los sectores se agruparon por categoría como universidad, organismo multilateral, ONG, sector público y privado, centro de investigación, de acuerdo con su origen.

El análisis en red identificó a los siguientes conglomerados con mayor participación dentro de la red:

Tabla 14*Descripción de abreviaturas para mapa de redes*

Abreviatura	Descripción
LATUNI	Universidades Latinoamericanas
ORGMULT	Organismos Multilaterales
NAMEUNI	Universidades Norteamericanas
LATRCONG	Centros de Investigación Latinoamericanos
LATPUB	Sector público de Latinoamérica
EUUNI	Universidades Europea
LATOTROS	Sectores varios en Latinoamérica
LATONG	Organizaciones no gubernamentales Latinoamericanas

Se identificó que las universidades latinoamericanas son quienes tienen mayor participación, por tanto, es la academia el sector mayoritario o motor de la investigación en IS en salud en la región. Seguido se encontró en el mismo nivel de participación a los organismos multilaterales abanderados en el tema, principalmente representados por la OMS y la OPS. En menor medida se encuentra a las universidades norteamericanas, seguidos por centros de investigación latinos. Por tanto, el conglomerado participante principal es la academia y organismos multilaterales quienes están interesados en encontrar estrategias y formas para mejorar la salud de la región, en la **Figura 11** se muestra la relación colaborativa entre estas redes.

La red del sector público Latinoamericano (LATPUB), graficada de menor tamaño seguida de las cuatro redes que le preceden (LATRCON, LATUNI, LATOTROS y LATPRI), muestra que hay articulación y trabajo colaborativo de diferentes organismos con la academia, pudiendo inferirse que esta participación puede estar siendo impulsada gracias a la tendencia de trabajo intersectorial que los enfoques empleados por las iniciativas en salud vienen implementando y posicionando en la región. La escasa participación del sector privado deja preguntas tales como: ¿será que el trabajo comunitario interesa poco a las organizaciones privadas?, ¿el modelo

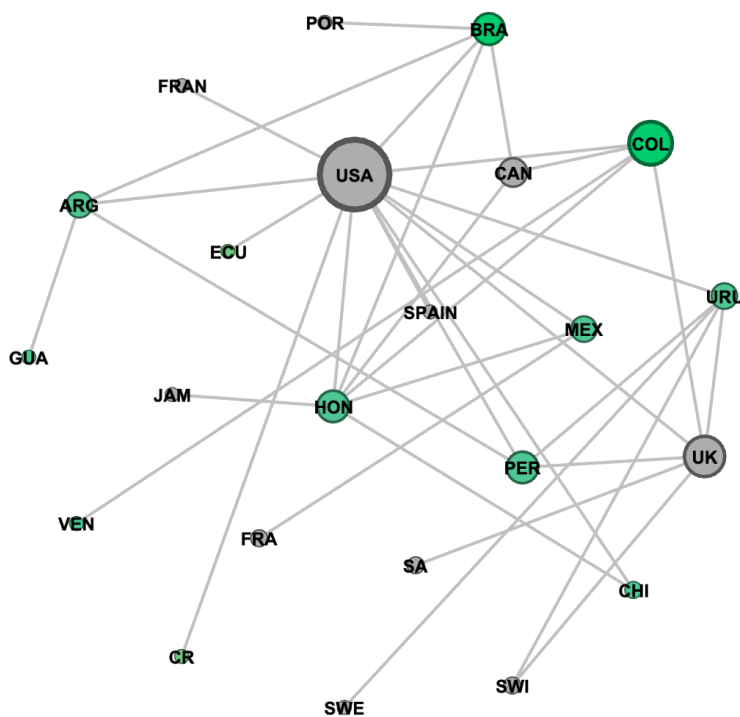
capitalista de las empresas latinoamericanas, podrán llevar a que el interés económico prime sobre el interés colectivo?

Las escasas publicaciones que reflejan el papel de las asociaciones civiles latinoamericanas en iniciativas sociales de base comunitaria, reflejan la incipiente participación política de la comunidad como actor importante en iniciativas para exigir sus derechos en salud. Pero también la débil vinculación de las comunidades y sus organizaciones de base, con la academia al momento de producir conocimiento y divulgar los desarrollos que en esta lógica se construyen

El resultado de la gráfica la participación en red de las instituciones en la producción de conocimiento sobre iniciativas en salud por país es diferente del resultado presentado al de instituciones presentado anteriormente ya que para este análisis se consideraron todas las instituciones participantes por artículo y su país de origen, rastreando la afiliación de los autores.

Figura 11

Participación Red-País en la Producción de Conocimiento sobre Iniciativas en Salud



Para describir lo que esta gráfica representa se tomó como ejemplo uno de los 80 artículos, el artículo número tres de la muestra seleccionada “3D printing of cardiac structures: a case of frugal innovation in the health sector”, donde participan cinco entidades de tres diferentes países: el Grupo de Investigación Altos Estudios de Frontera (ALEF) de la Universidad Simón Bolívar de Cúcuta, Colombia, el Grupo de Investigación en Procesamiento Computacional de Datos (GIPCD-ULA) de la Universidad de Los Andes-Táchira de Venezuela, el Centro de Estudios de la Empresa de la Universidad del Zulia en Venezuela, y, por último, el Departamento de Medicina de Cuidados Críticos y Pulmonares de Brigham y el Hospital de Mujeres de la Escuela de Medicina de Harvard en Estados Unidos.

En los 80 textos que configuran la muestra de este estudio, participaron un total de 323 autores, de esto se destaca que dos comunidades fueron reconocidas como autores: La comunidad Wayuu de Marbacella y la comunidad Bari de Karikachaboquira, y de estos autores un grupo de 21 autores contribuyeron en más de un artículo. De la muestra se identifica a Lina Pinto García como autora que ha participado en tres de las publicaciones.

Tabla 15

Autor Líder en Publicación

TÍTULO	AUTORES	INSTITUCIÓN
Mosquitimed: Shortening Distances Through Telemedicine (Gracias A Dios, Honduras)	Castro-Arroyave, Diana María Pinto García, Lina María	Investigadora posdoctoral, CIDEIM York University
An Eco-Health Approach to Fight Chagas Disease in Guatemala And Beyond, Guatemala	Irurita, María Isabel Pinto García, Lina María	Universidad ICESI York University

TÍTULO	AUTORES	INSTITUCIÓN
	Castro-Arroyave, Diana María	Universidad de Antioquia, Colombia. Psicóloga, Magíster en Salud Colectiva. Integrante del Grupo de Estudios en Pedagogía, Infancia y Desarrollo Humano (GEPIDH). Co Investigadora, Universidad de Antioquia, Colombia.
Comprehensive Health Approach for Chagas Disease in Comapa (Jutiapa, Guatemala), Guatemala	Pinto García, Lina María Irurita, María Isabel	York University Universidad Icesi

Lina Pinto García figura en sus publicaciones como candidata a doctora en Estudios de Ciencia y Tecnología (STS) de la Universidad de York en Toronto, maestría en estudios sociales de ciencia y tecnología (STS) y un estudio de posgrado en comunicación científica.

Tabla 16

Autores con más de una publicación

Autores con más de una publicación	
N=323	
1	Bernal, María Elisa
2	Cámara-Mejía, Javier
3	Castro-Arroyave, Diana María
4	Chamas, Liliane
5	Cruz-Chan, Vladimir,
6	Dumonteil, Eric
7	Estévez, Ileana Fleitas
8	Figueiro, Ana Claudia
9	Gourbière, Sébastien
10	Irurita, María Isabel
11	Kroeger, Axel
12	Pinto García, Lina
13	Potvin, Louise
14	Ramírez-Sierra, María Jesús,
15	Rosado-Vallado, Miguel
16	Rubiano-Perea, Luisa Consuelo
17	Sommerfeld, Johannes
18	Vázquez-Narváez, Miguel Santos
19	van Niekerk, Lindi
20	Waleckx, Etienne

Gracias al eje articulador y transversal de la IS que permite aproximarse desde diferentes campos de estudio para buscar soluciones a temas sociales a través de la innovación. Siguiendo esta idea, los perfiles de los autores de esta investigación documental abarcan diversos tipos de formación académica, generalmente con alta experiencia en investigación y en proyectos sociales relacionados a la salud global y servicios en salud.

Se encontró en esta muestra de autores, profesionales con formación en medicina, epidemiología, ciencia molecular, medicina social y preventiva, especialidad y conocimiento en enfermedades tropicales, salud global, entomología médica, parasitología, control de vectores, salud pública, entre otras. Entre estos autores se pueden listar a Axel Kroeger, Lilianne Chamas, Lindi Van Niekerk, Louise Potvin, Luisa Rubiano, Etienne Waleckx, Eric Dumonteil, Javier Cámara Mejía, Sebastien Gourbiere, Miguel Santos Vásquez-Narváez, Vladimir Cruz-Chan, Miguel Rosado-Vallado, María Jesús Ramírez- Sierra, Ana Claudia Figueiro. De otra parte, también se encuentran profesionales con formación en ciencias sociales y humanas, bagaje en política global, trabajo en salud con comunidades y con experiencia en desarrollo e innovación social como María Isabel Irurita, Diana María Castro-Arroyave y Lina María Pinto.

Esto muestra la apuesta por la interdisciplinariedad y la articulación entre ciencias básicas y el acercamiento que se desea hacer desde la ciencia básica a las ciencias sociales con el objetivo común de buscar alternativas para dar la solución a los problemas en salud que viven las comunidades.

Otra descripción general es el tipo de organizaciones a las que se encuentra adscritos los autores en el momento de investigar y publicar, tiene que ver con muchos de ellos son colaboradores en organismos multilaterales como la OPS, la OMS y sus programas relacionados,

centros de investigación en el campo de la salud, universidades con facultades o departamentos de medicina y laboratorios clínicos especializados en enfermedades médicas específicas.

2.7 Relación entre Descriptores Indexados en Tesauros y Palabras Relacionadas

Tal como se expuso en el capítulo uno, en el componente metodológico, esta investigación documental consideró necesario encontrar categorías de análisis relacionadas a la IS en salud, reconociendo que la IS como categoría conceptual de base no cuenta con un consenso conceptual definido. Esto se confirmó a través de la búsqueda de IS e IS en salud en los tesauros seleccionados, por esta razón se identificaron conceptos relacionados que podrían acercar y delimitar los términos de búsqueda acordes a los intereses de la investigación.

Como primera instancia se seleccionaron descriptores marco mayormente reconocidos dentro del campo de las ciencias sociales y que pueden asociarse con la IS, estos descriptores corresponden a desarrollo, cambio social, desarrollo social y transformación social. En segundo lugar, se pensó en otros descriptores menos globales para delimitar el interés investigativo: servicio social, proyectos de desarrollo, programas de desarrollo y política social.

Al “desarrollo social” como descriptor, se asociaron conceptos clave tales como transformación social, programas, apropiación social del conocimiento, cambio social, salud comunitaria y educación en salud, porque son maneras que contribuyen al descriptor en tanto se entiende como marco referente para los gobiernos e instancias implicadas en esta jurisdicción de asuntos sociales, hacia el deber de satisfacer necesidades básicas de los seres humanos. Dos descriptores clave elegidos con la finalidad de garantizar una búsqueda delimitada y a la vez fiel a la connotación de innovación desde el ámbito social, fueron “cambio social” y “transformación social” porque son precisamente estos dos los más afines a innovación, cambio, mejora y progreso;

ya que la principal finalidad de los dos descriptores seleccionados es la de concentrar esfuerzos que promuevan la aplicación de estrategias óptimas e innovadoras para la maximización del beneficio de la sociedad.

Otro descriptor seleccionado fue “servicio social” ya que comúnmente las estrategias para mejorar el acceso a la salud y brindar atención en salud se realizan a través de éste. A este descriptor se relaciona el concepto “salud comunitaria”, que delimita aún más la relación de interés para la investigación, el aspecto social, el aspecto salud y el aspecto contextual “comunitaria”. También se le asoció a este descriptor, el concepto “educación en salud”, ya que es una estrategia comúnmente utilizada en programas para la prevención y la promoción de la salud que busca empoderar a la población a través de la enseñanza (Castillo et al., 2017).

Los demás descriptores no se caracterizan por incorporar en su esencia o premisa el elemento innovación, pero conducen hacia los métodos o actividades relacionadas a canalizar estrategias para beneficiar las comunidades beneficiarias, estos descriptores son: proyectos de desarrollo, programas de desarrollo, programas comunitarios, programa social y política social.

Es importante anotar que, para definir conceptos para la búsqueda, se partió de la identificación de conceptos que desde las definiciones previamente halladas de IS e IS en salud para SIHI, son importante para operacionalizar tales categorías en términos sociales y de la salud

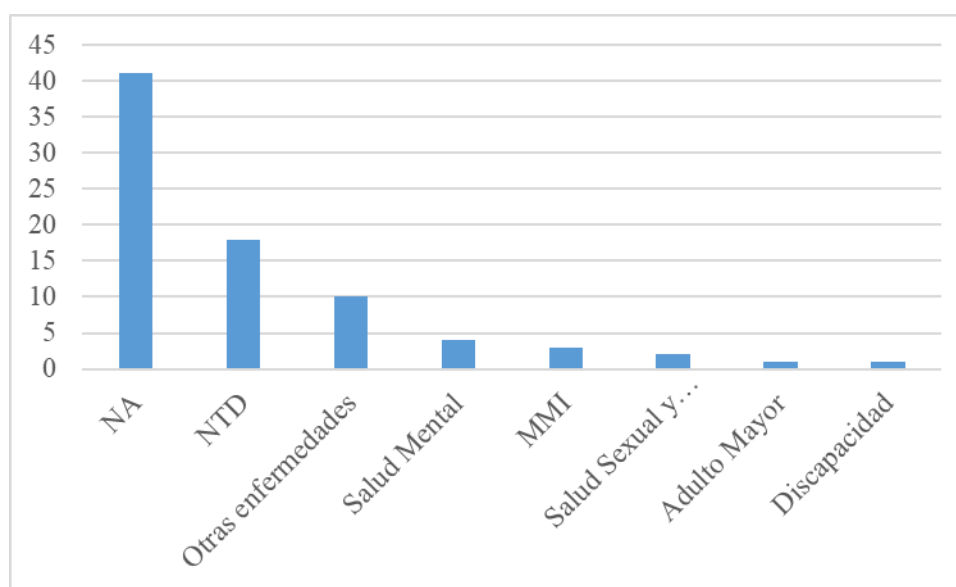
2.8 Enfermedades o Eventos en Salud Latinoamérica

Finalmente, y con el ánimo de culminar lo que se ha buscado en este capítulo, la caracterización de los materiales o documentos que hacen parte de la muestra de este estudio documental se evidenció en los 80 textos, una serie de temáticas de interés sobre las cuales se proponen y construyen iniciativas de IS en salud.

Como puede verse en la **Figura 12**, 41 de los 80 textos se enfocan en temas diferentes a enfermedades o eventos en salud específicos, mientras que los 39 restantes enfatizan en la búsqueda de responder a alguna necesidad específica a saber: 18 de los textos desarrollan su contenido alrededor de las enfermedades desatendidas, conocidas también por su sigla en inglés NTD's (Neglected Tropical Diseases).

Figura 12

Enfermedades o eventos en salud específicos de la muestra



10 de los materiales o producciones, concentran su esfuerzo en enfermedades tales como diabetes, hipertensión arterial, obesidad, entre otras. En tercer lugar, con solo cuatro textos, está la salud mental como evento de interés, pero trata el tema de manera general. Sobre morbilidad materna extrema (MME) y salud sexual y reproductiva (SSR) se encontraron tres y dos textos respectivamente. De manera menos significativa, sólo un producto abordó el tema de la IS en salud en relación con el adulto mayor y otro con la discapacidad. Estos resultados indican que la IS en salud es aplicable a diferentes tipos de problemáticas en salud de las comunidades, pero también,

que aún es incipiente la publicación de iniciativas para resolver eventos en salud existentes y reconocidos por los grupos humanos como el cáncer en sus diferentes modalidades.

Capítulo III

Aproximación al concepto de la Innovación Social en salud a partir de sus enfoques

A pesar de que no se encontró una propuesta de desarrollo conceptual a partir de las experiencias Latinoamericanas para “Innovación Social en Salud”, se identificaron aproximaciones de algunos de los autores a través del abordaje de las iniciativas y experiencias de la muestra documental.

Responder el interrogante *¿cuál fue la aproximación conceptual a la “IS en salud” identificada en la muestra documental?*, demandó en un primer momento, realizar una descripción y exposición de las aproximaciones conceptuales a la IS más reconocidas y aceptadas por los autores de la muestra, además de revisar si se orientaron a partir de otros enfoques diferentes a la IS. Seguidamente, en un segundo momento fue necesario establecer la relación entre IS y salud, para esto, debió realizarse una revisión de qué se entiende por el concepto de salud, cuál es el paradigma vigente en salud, y cuáles son los marcos de referencia que establecen los lineamientos para la garantía y promoción de la salud.

Siguiendo esta necesidad, se identifican algunos autores personales e institucionales, cuyos aportes han sido reconocidos y valorados por el trabajo realizado en torno a la IS. Jürguen Howaldt, SACSA, Geoff Mulgan, OCDE, Comisión Europea, NESTA, Bartholo, entre otros que se han constituido en pilares definatorios para el desarrollo conceptual. A continuación, algunos de ellos:

Para **Mulgan et al. (2007)**, la innovación social se refiere a actividades y servicios novedosos que están motivados por el objetivo de satisfacer una necesidad de la sociedad, realizadas por instituciones de carácter netamente social.

Howaldt & Schwarz (2010), la considera como un proceso de creación colectiva donde una comunidad enfrenta una *situación a través del desarrollo de una nueva práctica social o de la transformación de una vieja*, asegurando su participación en el diseño y su apropiación del conocimiento, además de reflexionar sobre las estructuras de las relaciones sociales.

La Asociación Sureña para Asuntos de Estudiantes Universitarios - SACSA (2017) aborda la IS como un constructo metodológico apto para crear valor social, valor económico y potencial a nivel sistémico, porque ataca el problema de raíz. Incluye nuevas estrategias, conceptos, ideas y organizaciones que *abordan necesidades sociales de todas las clases*.

Westley & Antadze (2010) la explica como una manera compleja de introducir nuevos productos, procesos o programas *que cambian profundamente las rutinas básicas*, los flujos de recursos y autoridad, o las creencias del sistema social en el que se produce la innovación.

Murray et al. (2010) por su parte, dice que las innovaciones sociales son nuevas ideas, nuevos productos, nuevos servicios, nuevos modelos que paralelamente satisfacen necesidades sociales y crean nuevas relaciones o formas de colaborar. Dicho de otra forma, innovaciones que son buenas para la sociedad y que *potencian la capacidad de actuación de la sociedad*.

Por su parte, **La Comisión Económica para América Latina y El Caribe - CEPAL (2004)**, si bien, no define la IS, sí establece unos criterios que ésta debe cumplir: *social*, hace alusión a que la iniciativa beneficia a un grupo significativo de personas contribuyendo a la reducción de la pobreza y a mejorar calidad de vida de los grupos en riesgo social reivindicando el derecho a un mejor ambiente; *genuina*, que el proceso o programa emerge de los propios interesados y sus entidades de apoyo en un proceso verificable, *original*, que debe cumplir con un criterio novedoso, sin que necesariamente sea un invento; *vigente*, que es reciente y actual; *expansiva*, que podría ser replicada en otro lugar a mayor escala, y por último *transformadora*,

que impacta variables de desarrollo social, como acceso, cobertura, ingreso, empleo, participación, entre otros (Rojas, 2015).

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos - OCDE, plantea que se trata de soluciones innovadoras a problemas sociales, que buscan reconciliar al crecimiento económico y el bienestar social, ya que estas les apuestan a ambos fines.

El Fondo Nacional de Ciencia, Tecnología y Artes por sus siglas en inglés – **NESTA (2008)**, expone que la IS hace referencia a aquellas nuevas ideas para abordar problemas sociales o satisfacer necesidades sociales. Ésta puede materializarse en un nuevo producto, servicio, iniciativa, modelo organizativo o enfoque para la prestación de servicios públicos.

Bartholo (2010) lo ve como nueva forma de relación o vínculo entre las personas. No es algo que se caracterice por el uso de una nueva tecnología. Es, fundamentalmente, *un nuevo patrón de relación*. La innovación social puede ser un producto o un proceso, pero su característica distintiva es la existencia de nuevas relaciones.

Por su parte **Moulaert (2010)** citado por Martínez et al. (2018), aborda la innovación social en referencia a la satisfacción de las necesidades básicas y los cambios en las relaciones sociales, dentro del empoderamiento de los procesos sociales. Se trata de personas y organizaciones que se ven afectadas por la privación o falta de calidad en la vida diaria y los servicios, y que además se encuentran en situación de vulnerabilidad al no serles reconocidos sus derechos o autonomía en la toma de decisiones, y que son involucrados en las agencias y movimientos que favorecen la innovación social.

Cajaiba-Santana (2014) citado por Alonso-Martínez et al. (2018): *No es el problema social por resolver, sino el cambio social que propone para solucionar el problema*. Sus características distintivas residen en la novedad y en las acciones intencionales inherentes y

orientadas hacia un resultado deseado. Las innovaciones sociales están asociadas a acciones intencionadas, planificadas, coordinadas, orientadas a objetivos, *legitimadas y emprendidas* por agentes sociales que apuntan al cambio social que surgirá en el establecimiento de nuevas prácticas sociales.

El ejercicio podría retomar un sinnúmero de definiciones más, pero se toman estas específicamente por ser algunas de ellas, las más citadas en los documentos de la muestra y porque son representativas por su procedencia o contenido, al momento de abordar la IS en salud.

En esta revisión de definiciones se identificó el carácter multifocal de la IS en tanto: **a.** se materializa de distintas maneras, ya sea en forma de proceso, idea, solución metodología, producto, modelo o relación, aplicado en alguna iniciativa o en una iniciativa en sí, **b.** hace indispensable la participación de la comunidad involucrada en el proceso, **c.** innova, crea en el sentido que modifica una práctica social obsoleta que resuelve una necesidad a través de la intervención así no se trate de una invención *per se*, **d.** es replicable, sostenible y escalable, **e.** contribuye a transformar las relaciones de poder y al cambio social, y **f.** fomenta la transversalidad en el abordaje de las iniciativas. Es quizá, esta multidimensionalidad característica de la IS lo que contribuye a que las iniciativas propuestas a partir de este enfoque se reflejen en un resultado integral.

Otro atributo importante identificado es que la IS aborda al ser humano como sujeto (y objeto) principal, y es hacia este y su contexto que debe enfocarse la iniciativa para potenciar sus capacidades, su salud, bienestar, empoderamiento, apropiación del conocimiento y generación y desarrollo exponencial de su ser. En las anteriores definiciones puede captarse que, para algunos autores, la IS se convierte en un fin en tanto se refiere a lo que busca la iniciativa, mientras que otras lo ven como un medio para alcanzar un determinado objetivo con valor social.

A pesar de que en el trabajo de revisión del concepto se identificaron aspectos importantes que se relacionan con lo que es la IS en salud, no se encontró una propuesta conceptual aplicada propiamente a este campo, así como tampoco, la necesidad de justificar la adscripción de las iniciativas al enfoque o ámbito de la salud por parte de los autores.

Muchas de las iniciativas reportadas en la literatura, se reconocieron o identificaron con el enfoque general de la IS, pero no a la IS en salud específicamente, pese a que se implementen específicamente en este campo. Esto llama la atención, pero no es posible comprender si esto sucede porque los autores aún no reconocen este último como enfoque, o porque prefieren reconocer toda iniciativa en el marco de la IS independiente del ámbito en el que se aplique. Algunas iniciativas se reconocieron como IS en salud, pero se limitaron a categorizarse o clasificarse como tal sin desarrollar una definición de éste como categoría conceptual.

Ahora, al no encontrar propuestas conceptuales de IS en salud, fue necesario revisar qué se entiende por salud y definir los marcos de referencia que deberían considerarse al momento de delimitarla conceptualmente.

Un referente importante para entender el paradigma actual de la salud fue la conferencia internacional de atención primaria en salud de 1978 en Alma-Ata, conferencia que reunió a un grupo de expertos en el tema para la definición de medidas encaminadas hacia su prevención y promoción, y en la cual se convocó a naciones, organismos multilaterales, organismos no gubernamentales, entre otros, a promover e institucionalizar las bases para la cooperación técnica, apelando a las naciones de altos ingresos a que apoyaran a aquellas naciones de bajos y medianos ingresos. En esta conferencia se definió la salud como:

“Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible

es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario” (p. 1)

Desde Alma-Ata se reconoció la desigualdad entre las condiciones de salud de las personas en el mundo y se manifestó la necesidad de posicionar la salud como tema prioritario en las agendas, además de establecer su relación con el concepto desarrollo y con estrategias económicas que puedan repercutir en su mejoramiento. Coyuntura que promovió la asimilación de la salud como requisito previo para la paz, la calidad de vida, y la productividad social y económica.

En Alma-Ata, se considera como esencial la atención primaria en salud accesible para todos en servicio y costo, pero dando prioridad a los más vulnerables. Toda agenda en salud debe considerar los temas principales que afectan a las comunidades brindando alternativas para la prevención, dicho de otra forma, alternativas que articulen tanto prácticas de promoción como de sanación.

También menciona que la salud debe adoptar un enfoque educativo en temas como nutrición, rutinas de autocuidado, Salud Sexual y Reproductiva (SSR), hasta la educación en enfermedades típicas de la localidad y los cuidados que personas con estas enfermedades requieren. Debe fomentar la articulación institucional estatal integral como también promover la participación plural de los ciudadanos y las comunidades involucradas para hacer parte de la solución o conocimiento del problema a solucionar en relación con la atención primaria sanitaria del contexto en cuestión.

Un segundo referente para entender el concepto de salud de manera más amplia es la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, resultado de la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud celebrada en 1986. Aquí se entiende por promoción en salud la

proporción de los medios necesarios a las comunidades para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Este enfoque es mucho más amplio puesto que considera que la salud va más allá de lo sanitario y que comprende otras múltiples dimensiones,

“La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario”(p. 1).

Durante la conferencia se hace un llamado para que se atienda la salud desde la intersectorialidad y enfoque sistémico, dicho de otra manera, la comisión hace un llamado al diseño e implementación de planes de intervención que ejecuten acciones transversales en cuanto a temas de educación, vivienda, alimentación, equidad, justicia social, salud, entre otros; temas que previamente estaban disociados de la salud. Estos lineamientos deben guardar proporción y ajustarse a los contextos en los que sean aplicadas las acciones, sin que sea responsabilidad única o exclusiva de instituciones de salud.

Al igual que Alma-Ata, la Carta de Ottawa convoca a que se involucre activamente la participación de las comunidades en el reconocimiento e institucionalización de sus prioridades, diseño y puesta en marcha de estrategias ya que se les reconoce como fuerza fundamental para la transformación social. Sumado a esto, ambas ponen énfasis en la articulación entre naciones y organismos internacionales para promover y poner en ejecución estrategias que respalden sus objetivos.

Habiendo identificado elementos del enfoque de la IS y de la concepción de la salud, que aportan aspectos característicos a la comprensión de la IS en salud como enfoque emergente, se rescata el importante lugar de las comunidades en el proceso de transformación social. A partir de estos postulados presentados, se realizó un seguimiento a las adaptaciones que de estos aportes se ha hecho a definiciones y usos por parte de SIHI, programa adscrito a TDR/OMS que ha retomado conceptos, categorías y preceptos teóricos antes citados para poner en marcha su labor global de promoción de la salud desde el enfoque de la IS en salud.

Tabla 17

Rastreo de la Evolución de las definiciones de Innovación Social en Salud empleadas por SIHI

N°	DEFINICIÓN	PUBLICADA EN	FECHA
1	<p>La innovación social es una solución a un desafío de salud sistémico. La solución es desarrollada por individuos, organizaciones e instituciones de todos los orígenes y sectores, a través del compromiso y la colaboración con las comunidades. La solución proporciona un enfoque creativo y poco convencional para hacer que la prestación de atención médica sea más inclusiva, efectiva y asequible para todas las personas. La innovación social mejora la salud y el bienestar de las personas y tiene un potencial y una capacidad de transformación para mejorar la capacidad de recuperación del sistema de salud.</p>	Página web	s.f
		https://socialinnovationinhealth.org/about/	

N°	DEFINICIÓN	PUBLICADA EN	FECHA
2	<p>La innovación social basada en la comunidad es una lente y un enfoque únicos para enfrentar los desafíos complejos de la prestación de asistencia médica. Combina las mejores prácticas en una amplia gama de disciplinas. Encuentra formas novedosas de implementar soluciones integrales al involucrarse y colaborar con actores de diferentes jerarquías y sectores. Los resultados son intervenciones y procesos: intervenciones que hacen que la prestación de asistencia sanitaria sea más inclusiva, efectiva y asequible y un proceso que fomenta el cambio interiorizado en las personas. Los resultados son una innovación social sostenible y escalable que fortalece los sistemas de salud a nivel mundial. (Van Niekerk, L; Halpaap; SIHI 2015)</p>	Compendio de Casos 2014 - 2016	2016
3	<p>La innovación social en salud presenta una lente o un enfoque a través del cual los países pueden recibir apoyo para lograr sistemas de salud y servicios de salud sostenibles, equitativos e integrados centrados en las personas. Contrariamente a la innovación enfocada comercialmente, el principal resultado esperado de la innovación social es mejorar la calidad de vida, la justicia y la equidad para todos los miembros de la sociedad (Mulgan, 2006; Pol & Ville, 2009). Por lo tanto, el enfoque de innovación social podría ofrecer la posibilidad de dar una nueva vida a los ideales de Alma Ata, 1978, la justicia social y la participación comunitaria en la prestación de atención médica</p>	Compendio de Casos <u>2015 – 2018</u>	2018

N°	DEFINICIÓN	PUBLICADA EN	FECHA
4	<p>básica (OMS, 1978; Walley et al., 2008) y respaldar el logro de Cobertura universal de salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.</p> <p>La innovación social nos da una lente en la prestación de asistencia sanitaria. Es una solución creativa a un reto de salud. La solución proporciona un enfoque diferente y poco convencional para hacer que la atención médica sea más inclusiva, efectiva y asequible para todas las personas. La solución es desarrollada por personas y organizaciones de diferentes orígenes y lo hace participando y colaborando con las comunidades. Las innovaciones sociales mejoran la salud y el bienestar de las personas y fortalecen el sistema de salud.</p>	Folleto Hub	2017
5	<p>Una innovación social en salud es simplemente una solución a un problema sistémico. Se ha creado para abordar un desafío de prestación de servicios de salud que enfrentan las comunidades de bajos ingresos, de una manera nueva y convencional.</p> <p>Esta solución, desarrollada por diferentes actores, permite que la atención médica sea más incluyente, efectiva y asequible para todos. Tiene un efecto positivo en las relaciones entre las personas, las empodera y restaura su esperanza.</p>	Folleto de presentación de SIHI: socios y actividades	2017/2018

N°	DEFINICIÓN	PUBLICADA EN	FECHA
	<p>La innovación social nos brinda una nueva lente con la que abordar la prestación de asistencia sanitaria. Es una solución a un reto de salud sistémica. La solución es desarrollada por personas y organizaciones de diferentes sectores y orígenes, y lo hace participando y colaborando con las comunidades.</p>		
	<p>La solución proporciona un enfoque creativo para hacer que la atención médica sea más inclusiva, efectiva y asequible para todas las personas. La innovación social mejora la salud y el bienestar de las personas y tiene un potencial transformador para mejorar la capacidad de recuperación del sistema de salud.</p>		
6	<p>La innovación social nos brinda una nueva lente con la que abordar la prestación de asistencia sanitaria. Es una solución a un reto de salud sistémica. La solución es desarrollada por personas y organizaciones de diferentes sectores y orígenes, y lo hace participando y colaborando con las comunidades. La solución proporciona un enfoque creativo para hacer que la atención médica sea más inclusiva, efectiva y asequible para todas las personas. La innovación social mejora la salud y el bienestar de las personas y tiene un potencial transformador para mejorar la capacidad de recuperación del sistema de salud.</p>	Folleto de presentación de SIHI: socios y actividades	2018/2019
7	<p>La innovación social proporciona una lente a través de la cual se puede ver y abordar el cambio y la transformación de la prestación de salud y los sistemas de salud. Este fenómeno ha surgido como una mejor manera de entender y</p>	Innovación social en salud: estudios de caso y lecciones aprendidas de países de ingresos bajos y medianos	2017

Nº	DEFINICIÓN	PUBLICADA EN	FECHA
	<p>producir un cambio social duradero, especialmente cuando los sistemas y estructuras actuales están fallando a las personas a las que están destinadas a servir. La innovación social, como un campo dirigido por la práctica, ha atraído el interés de académicos en una amplia gama de disciplinas. El resultado previsto de la innovación social es una mejor calidad de vida, justicia y equidad para todos los miembros de la sociedad (Mulgan, 2006; Pol & Ville, 2009). La innovación social podría tener el potencial de dar nueva vida a los ideales de igualdad, justicia social y participación comunitaria de Alma Ata de 1978 en la prestación de servicios básicos de salud (OMS, 1978; Walley et al., 2008). Para los fines de esta investigación de estudio de caso, definimos la innovación social como: "Una solución novedosa (proceso, producto, práctica, mecanismo de mercado) desarrollada por un actor, en respuesta a una necesidad de salud prioritaria dentro de un contexto geográfico e implementada por diferentes -las organizaciones sectoriales. Esta solución ha permitido que la prestación de servicios de salud sea más incluyente, asequible y eficaz".</p>		
	<p>"Dado que la literatura sobre innovación social no proporciona una definición para la innovación social, o para su aplicación en salud, los 23 estudios de caso resaltan cómo las innovaciones sociales pueden ser diferentes de las intervenciones tradicionales de salud pública".</p>		

En esta investigación se reconoce a SIHI como la institución más interesada en realizar una aproximación conceptual a la IS en salud, y a pesar de que no ha asumido una postura conceptual única y consolidada, sí ha incluido y trabajado en la adaptación de definiciones de IS aplicadas al campo de la salud, a diferencia de algunos otros que sólo la han mencionado, pero no han profundizado en el tema.

En cuanto a los elementos y variaciones que se han ido sumando en las publicaciones de SIHI entre 2016 y 2019 y que pueden notarse en la **Tabla 17**, a continuación, se nombran las siguientes:

Como puede notarse en la **Tabla 17**, en su primera definición parte del concepto innovación social, no de IS en salud propiamente, añade que reconoce a la IS como una solución **creativa y poco convencional** que puede retar desafíos de salud sistémicos a través de la **construcción colaborativa** con la comunidad, personas e instituciones y que busca promover una atención médica más inclusiva, efectiva y **asequible**. En su segunda aproximación a la definición, SIHI de nuevo parte por definir otro concepto diferente a la IS en salud, esta vez define la Innovación Social Basada en la Comunidad (ISBC), y explica que la ISBC brinda soluciones desde la **multidisciplinaria** para prestar asistencia médica basada en metodologías inclusivas que promueven el involucramiento y colaboración con actores de diferentes jerarquías y sectores.

En su tercera definición SIHI por primera vez se refiere a la *innovación social en salud*. Plantea que los países pueden recibir apoyo para lograr sistemas de salud sostenibles, equitativos, integrados y centrados en las personas, también especifica que el principal resultado esperado de la IS en salud es mejorar la calidad de vida, la justicia y la **equidad** para todos los miembros de la sociedad, haciendo énfasis en que no debe ser confundida con una innovación de orientación comercial. El cambio más significativo identificado que trae esta definición es que se reconoce

bajo dos marcos orientadores en salud como la Carta de Ottawa y la declaración Alma-Ata, como también bajo los ODS, respaldando la propuesta de **cobertura universal en salud** y estableciendo que los servicios en salud ofrecidos deben garantizar la participación comunitaria en la prestación de atención médica básica.

En estas primeras tres definiciones SIHI incluye los criterios de solución creativa y poco convencional, construcción colaborativa, multidisciplinariedad, búsqueda de equidad, adscripción a marcos orientadores en salud y servicios de salud que garanticen la participación comunitaria.

Ya, en la cuarta definición, se vuelve a la IS como una lente en la prestación de asistencia sanitaria que incentiva la colaboración y participación de las comunidades en el desarrollo de soluciones creativas para hacerle frente a los retos de la salud; entendido así que, SIHI reconoce que la IS mejora la salud, el bienestar de las personas y fortalecen el sistema de salud. En la quinta definición, por primera vez se incluye el **empoderamiento** e identifica que la IS tiene un efecto positivo en la manera como se relacionan las personas y que, para responder a los desafíos de la salud, la IS debe centrarse en las necesidades de las comunidades especialmente de países de medianos y bajos ingresos.

La sexta definición no trae ningún cambio notable, sigue considerando importante que se motive la participación y se colabore con la comunidad, Además rescata de nuevo el potencial transformador para mejorar la capacidad del sistema de salud.

Ya para el 2017 en su séptima definición vuelve a mencionar a Alma-Ata como marco al que se adscribe y que se trata de una solución que logra abordar el problema con potencial para lograr equidad y el cambio social duradero, pero lo más importante es que quien lidera o implementa la iniciativa pueden ser actores personas o instituciones adscritos a diferentes sectores.

Un criterio importante que no había sido mencionado en las 6 anteriores definiciones es que debe ser diseñada a partir de un contexto geográfico específico, lo que da lugar a la importancia de proponer iniciativas basadas en las comunidades.

En esta publicación hacen una aclaración importante y es que la literatura no proporciona una definición de IS en cuanto a su aplicación al ámbito de la salud y que la IS puede ser diferente de las intervenciones tradicionales de salud pública.

De manera que los criterios que pueden extraerse de las 7 definiciones aportadas por SIHI entre 2016 y 2019 son:

- Se trata de una solución creativa y poco convencional.
- Aboga por la construcción es colaborativa entre personas, instituciones y comunidades.
- Su enfoque es multidisciplinar.
- Busca la equidad, la calidad de vida y la justicia.
- Se adscribe a marcos orientadores en salud.
- Propone servicios de salud que garanticen la participación comunitaria.
- Contribuye al empoderamiento.
- Diseño orientado al contexto local exclusivo.
- Impacta positivamente el relacionamiento entre las personas.
- Solución se basa en las necesidades comunitarias.
- Le apuesta a la transformación social en salud.

Después de este abordaje de la evolución de las definiciones de la IS en salud aportadas por el programa SIHI-TDR/OMS, pudo notarse que a pesar de que dos de los pilares por los que

aboga son el acceso y la calidad en salud no profundizan en ellos ni los menciona específicamente en sus definiciones; por ejemplo, se asume que la calidad en salud se puede ver expresada cuando se refieren a la *prestación de atención médica más inclusiva, efectiva y asequible*. Otra particularidad hallada es que SIHI no reconoce a la investigación o la importancia de la evidencia científica como criterio importante y principal a pesar de que es un criterio que TDR asocia a este enfoque el proveer evidencia sobre lo que funciona y lo que no; y más adelante también se encontrarán otros autores que también le asocian este criterio a este enfoque.

Reuniendo los datos aportados hasta este momento, se realizó un recorrido de la IS y la IS en salud como constructo conceptual, se partió de mencionar y describir las definiciones más legitimadas sobre IS, seguido de la descripción de lo que se concibe por salud desde los marcos internacionales vigentes, para luego pasar a identificar los primeros pasos dados por SIHI en su intento de lograr una aproximación conceptual a la IS en salud. Este trabajo realizado por SIHI es importante para el propósito de esta investigación ya que aporta claridad conceptual partiendo de un hallazgo importante, y es que a pesar de que no se identificó una necesidad previa de relacionar los conceptos IS y salud, existe el interés de esclarecer cómo deben manejarse y entenderse los límites del enfoque de la IS aplicados al ámbito de la salud, pero hasta hoy no se ha encontrado ninguna elaboración conceptual concreta que se encargue de esto.

En el material documental objeto de este estudio, se aborda con frecuencia, que el concepto IS en salud no solo es un concepto sino también una estrategia global al que recurren importantes organismos multilaterales como la OPS y TDR para combatir el problema del acceso y la cobertura en salud, y en general para dar soluciones a problemas sistémicos. Sin embargo, se percibe también que es importante contar con un norte conceptual bajo el cual se propongan estas iniciativas.

3.1 La IS en salud como concepto a partir de algunas experiencias Latinoamericanas

Otro de los hallazgos importantes para este capítulo es que los enfoques hallados en la revisión convergen con los paradigmas en salud expuestos en este capítulo.

En la revisión bibliográfica se identificó un total de 20 enfoques relevantes que articulan la innovación y la salud. Estos se abordan a continuación:

- Innovación en salud.
- Innovación social.
- Innovación tecnológica en salud.
- IS en salud.
- Ecosalud.
- Equidad en salud.
- Eco-bio-social.
- Educación para la salud o pedagogía social.
- Indagación Científica Escolar (IC).
- IS en salud pública.
- Gestión de ecosistemas basada en comunidad.
- Territorios sostenibles y sanitarios.
- Tecnologías para la inclusión social
- Desarrollo sostenible y promoción de la salud
- Transferencia tecnológica.
- Psicosocial.
- Innovación disruptiva en la prestación de servicios de salud
- Cuidado en el territorio

- Salud ambiental
- Sistema local innovador y productivo (LIPS).

Los cinco enfoques más recurrentes de la muestra fueron innovación en salud, innovación social e innovación tecnológica en salud con 12, IS en Salud con 10 y ecosalud con siete. Los demás enfoques restantes solo tuvieron una recurrencia cada uno; 12 artículos se categorizaron bajo “Otros” debido a que no representaron nuevos aportes en materia de criterios característicos o diferenciadores que adicionaran variables a la aproximación conceptual. Un artículo nombró a la Innovación Frugal en Salud, pero no se incluyó dentro de la lista porque está cubierto dentro del enfoque IT en salud (**Tabla 18**).

Tabla 18

Enfoques hallados y su recurrencia en la muestra.

No.	Enfoques de la Muestra	Recurrencia
1	Innovación en Salud	12
2	Innovación social	12
3	IT en salud	12
4	IS en Salud	10
5	Ecosalud	7
6	eSalud pública centrado en la equidad	1
7	Eco-bio-social	1
8	Educación para la salud (contiene a Pedagogía social, AsC)	1
9	Gestión de Ecosistemas	1
10	Indagación científica escolar (IC)	1
11	IS en Salud Pública	1
12	Psicosocial	1
13	Tecnologías para la inclusión social	1
14	Territorios sostenibles y sanitarios	1
15	Desarrollo sostenible y promoción de la salud	1
16	Transferencia tecnológica	1
17	Sistema local innovador y productivo (LIPS)	1
18	novación disruptiva en la prestación de los servicios de salud	1
19	Cuidado en el territorio	1
20	Salud ambiental	1
21	Otros	12

No.	Enfoques de la Muestra	Recurrencia
	<i>Total de enfoques de la muestra</i>	80

3.2 Recorrido descriptivo de los enfoques de la muestra

En coherencia con el objetivo principal de esta revisión documental, se iniciará la revisión de la naturaleza de 19 de los 20 enfoques encontrados. El enfoque que no se describe es **innovación disruptiva**, ni tampoco los correspondientes a 12 materiales de la muestra documental que se categorizaron bajo “otros”, esto debido a que no representaron nuevos aportes en materia de criterios característicos o diferenciadores que adicionaran variables para enriquecer la aproximación conceptual.

En primer lugar, el **enfoque innovación en salud** es uno de los enfoques más desarrollados, su interés apunta a la intervención en el ámbito organizacional fomentando la eficiencia administrativa para mejorar los servicios y beneficios en salud que ofrecen las entidades e incluso ampliar la oferta de servicios, optimizando la relación costo-beneficio. Busca, además, velar por el buen funcionamiento de los dispositivos médicos contribuyendo a una mejor experiencia del usuario (Ruíz, 2012). Este enfoque pretende contrarrestar aquellas barreras para el acceso a servicios médicos, como las relacionadas con comunidades dispersas geográficamente, características socio culturales y condiciones socioeconómicas (Indarte et al., 2017).

Las características asociadas al enfoque son la introducción y aplicación intencionada de nuevas ideas, procesos o proyectos en salud que de manera general beneficien a la sociedad, iniciativas que ofrecen mejores servicios de salud a precios asequibles, estrategias que promueven la centralización de la prestación de servicios, generación de nuevas tecnologías en salud y dispositivos quirúrgicos innovadores, estrategias innovadoras que buscan revolucionar los

sistemas de salud, la implementación de medidas que mejoren el acceso a servicios de salud de mayor calidad y resultados.

La innovación en salud recurre a tecnologías que promueven estados saludables y previenen y tratan la enfermedad (instrumentos, procedimientos y medicamentos), como también a las tecnologías la información y la comunicación (TICs), teléfonos celulares, redes sociales, internet, etcétera, con el fin de hacer algunos servicios accesibles y facilitar la difusión de información y de tecnologías que coadyuven a la prevención, detección y tratamiento de enfermedades crónicas y también promueve la inclusión de personas con discapacidad (PCD) (Cuadrado, 2014).

A manera de ejemplo en el artículo innovación en salud en Colombia, está el desarrollo y producción de un programa que, usando un dispositivo facilita un diagnóstico rápido y efectivo de afecciones cardíacas a partir de la captación de datos y visualización en tiempo real. El dispositivo se conoce como fonocardiógrafo digital y fue desarrollado por el Colombiano Juan Sebastián Osorio (Cuadrado Vega, 2014).

En segundo lugar, en cuanto a lo que se considera por **innovación social (IS)** Calderón & González. (2014) la define como “práctica o intervención que da una respuesta inédita a una necesidad colectiva” que simultáneamente consigue contribuir al mejoramiento de otras problemáticas residuales creando valor social y viendo a quienes participan del proceso de intervención más que unos simples beneficiarios sino como participantes activos. Algo interesante que agrega Castillo en el mismo año, es que más importante que el carácter innovador de la iniciativa es el impacto social y el empoderamiento que este aporte a la comunidad para garantizar la sostenibilidad (Castillo, 2014).

Es interesante que uno de los materiales de la muestra afirma puntualmente sobre el enfoque de IS que no es claro su papel en el área de la salud porque la evidencia sobre el tema es escasa (Rojas , 2015), a pesar de esto, se puede señalar que uno de sus elementos diferenciadores principales es que se origina en organizaciones de la sociedad civil y de las comunidades, o como lo manifiesta Bernal & Robertson (2014) de una combinación virtuosa de estas dos” señalando que el valor agregado que da la comunidad es mayor en la medida que es quien reconoce de primera mano cuáles son los principales problemas y las mejores soluciones a estos. Por tanto, la autora reconoce como factor de éxito de este enfoque la activa participación de los miembros de la comunidad en el proceso de diagnóstico y en las alternativas de solución que nacen de ella ya que de esta forma la salud deja de ser exclusiva del mundo médico permitiendo identificar factores socioeconómicos que subyacen a los problemas de salud.

Otros autores no se apoyan en ninguna definición de IS pero la asocian a conceptos relacionados con cambio social, entendido como acciones progresivas y a pequeños cambios en individuos que conducen a solucionar problemas de la comunidad y que contribuyen a la igualdad de oportunidades (Mosquera Vásquez et al., 2017). Adicionalmente la iniciativa que describe la autora menciona que se implementaron enfoques transdisciplinarios, educación para el empoderamiento, establecimiento de alianzas que favorezcan la sostenibilidad, enfoque de género y recursividad para facilitar la comunicación de los usuarios finales, elementos comúnmente asociados con IS. Por otro lado, Puerta (2018) la asocia con tejido e inclusión social, pero asumiendo al segundo concepto bajo salud social definido textualmente como “la salud de una persona en relación con su capacidad para interactuar con otros y prosperar en entornos sociales”.

Villa & Melo (2015) se refieren a la IS como un proceso de diseño centrado en el usuario, con el objetivo de materializar productos, servicios, procesos o metodologías más eficientes y

efectivas en la solución de las necesidades sociales en todos los ámbitos y que complementariamente deben asegurar la apropiación del conocimiento ya que es la base de cualquier innovación.

Es interesante la percepción que se ha formado sobre el enfoque de IS ya que esta es vista como medio para implementar las TIC en el sector salud ya que tienen el potencial de disminuir las desigualdades en el acceso a los servicios (Avella & Parra, 2013). Otro autor tiene una posición similar al mencionar que el Proyecto App+Salud es un producto de innovación social por utilizar los elementos tecnológicos más modernos disponibles con la ventaja que maximiza beneficios a bajo costo y aporta una lectura epidemiológica con datos sociales denominada “cartografía social” a partir de procesos de sistematización, georreferenciación de los datos, entre otras metodologías (Díez et al., 2018).

El tercer enfoque fue el de **innovación tecnológica en salud** (IT en Salud), este se centra en la creación de procesos óptimos que emplean plataformas tecnológicas disponibles y que facilitan el trabajo del proveedor de servicios en salud con la finalidad de prestar servicios eficientes. Algunas de estas tecnologías son la e-Salud, la telemedicina y la tele salud, pero una característica importante es que una de las modalidades que este tipo de innovación es el diseño y uso de aplicaciones. Los beneficios de implementar estas plataformas tecnológicas se reflejan en la corrección de fallas en el sistema, democratización del acceso a los servicios en salud, mejoramiento de los flujos de información para facilitar las actividades de inducción y aprendizaje como también aquellas que apoyan los servicios de salud y la planificación de salud. También optimizan el control y monitoreo de las actividades como la administración de la salud del paciente, lo que significa mayor apoyo técnico y científico, mayor precisión y menor vulnerabilidad (Bender

& Carvalho, 2018), además de generar información, datos e inteligencia para facilitar y agilizar la correcta toma de decisiones (Pinto & Famer, 2016).

En cuarto lugar, sobre el enfoque **IS en salud** se observan diferentes matices que contribuyen a formar una idea de lo que se entiende por este término. El artículo: “Apoyo a una mejor generación y uso de evidencia dentro de la innovación social en salud en países de bajos y medianos ingresos: un estudio cualitativo” de Ballard et al. (2017) hace un señalamiento inédito acerca la necesidad de comprender el valor que la evidencia científica aporta a la IS en salud, y que, a su vez, iniciativas de este tipo deberían apoyar los esfuerzos de investigación de las organizaciones comunitarias emergentes. También señala que para facilitar la generación de evidencia se puede recurrir a la vinculación de profesionales y academia; a la inclusión dentro de los rubros de financiamiento, la generación de evidencia, y al fomento de la educación técnica.

Chamas & Niekerk (2017) en cuanto a la investigación, complementa que las comunidades deben participar y colaborar en la definición de las necesidades de investigación con expertos y académicos, como también en el diseño de nuevas intervenciones. Por su parte L. Pinto & Urrutia (2018), menciona a la investigación de acción participativa como estrategia clave, y en general señala como una característica básica de la IS en salud a la participación y colaboración de la comunidad en la identificación de sus necesidades y en el desarrollo de estrategias para cumplir con el propósito.

Otra forma en que los autores se apropian del concepto y forman su percepción sobre él es alineándose bajo un marco teórico reconocido, tal ha sido el caso de Bernal & Robertson (2014) cuando señala que, si las iniciativas son novedosas, contribuyen al desarrollo social y aportan en el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) pueden reconocerse como IS en salud; y de Andrés Rojas Cárdenas al adscribirse a los criterios definitorios que propone la ANSPE y la

CEPAL para evaluar propuestas de IS para realizar la caracterización de las iniciativas en IS para la salud de una empresa social del estado adscrita a la red pública del Distrito de Bogotá. Estos criterios son: cumple con un fin social, cuenta con un grado de innovación no necesariamente se trata de una invención, tiene vigencia, incluye a varios sectores, es escalable, tiene potencial para convertirse en política pública, contribuye al desarrollo social, es sostenible y es originaria de la comunidad. En esta misma línea en las adaptaciones de SIHI a IS en Salud se muestra cómo se alinea con la declaración de Alma-Ata y la Carta de Ottawa.

Otro elemento clave que señala Bernal & Robertson (2014) es que moviliza grandes grupos poblacionales, al gobierno y al personal en salud en la búsqueda de soluciones a los problemas que se enfrentan a través de diagnósticos participativos y también reconoce su enfoque multisectorial. Otros autores como Pinto & Urrutia (2018) también consideran como característica principal a la participación comunitaria y la interdisciplinariedad, Rojas (2015) citando a la CEPAL menciona que la participación de la comunidad no es solo un criterio sino un factor de éxito, y un aporte valioso de Irrutia & Pinto (2018) en relación con este factor es que la participación comunitaria es tan importante que el resultado se convierte en su propiedad, además de considerar también como elemento definitorio el carácter multidisciplinario e intersectorial de la intervención. Por último, Chamas & Niekerk (2017) identifica también que las iniciativas en IS en salud tienen un compromiso con la comunidad y además que su inclusión, la co-creación con los stakeholders, el establecimiento de las alianzas y el voluntariado han sido un factor clave en la escalabilidad.

Otro elemento característico de la IS en salud es que uno de los problemas que busca resolver es el de acceso a la salud empleando estrategias como la educación comunitaria en salud, la adaptación al contexto local y el uso de los recursos o conocimientos locales disponibles. Tal es el caso de MosquitiaMed que brindó educación sanitaria en idioma Miskito, redujo transferencias

y gastos innecesarios a través del empleo de recursos existentes como la telesalud y telemedicina articulando un equipo de voluntariado intersectorial y también reconoce la medicina tradicional como oportunidad para promover el empoderamiento de la comunidad Castro & Duque (2018). La característica adaptabilidad o rediseño de las intervenciones con base en el contexto también es reconocida por Chamas & Van (2016) reafirmando la importancia de entender, respetar e incluir los valores y la cultura locales (Irrutia & Pinto, 2018).

En quinto lugar, los *enfoques eco*, en la ubicación cinco y seis que se encontraron fueron el enfoque **Eco-bio-social** y el de **ecosalud**. El primero, emplea una combinación estrategias como controles biológicos, articulación intersectorial, equipos de trabajo multidisciplinarios y participación comunitaria (Basso et al., 2015). En cuanto al segundo, es un enfoque que “estudia la relación entre el ecosistema natural y los sistemas humanos basado en sus principios estratégicos: sistémico, transdisciplinariedad, investigación-acción, sustentabilidad e intersectorialidad, equidad social y de género y participación social”. Tiene un componente educativo y por ende de aprendizaje, para aportar elementos a la comunidad que favorezcan su participación democrática.(Castillo et al., 2017).

Un elemento muy importante para el enfoque de ecosalud es la participación social, medio para lograr el fortalecimiento de capacidades, intercambio de saberes, lograr acuerdos y emprender acciones para conservar el ambiente. Este enfoque es muy importante porque añade otro aspecto importante que es conocer y gestionar la relación entre el ecosistema y las personas para lograr estrategias viables que lleven a la transformación de la práctica deseada de manera sostenible de mejorar la interacción entre los sistemas ecológicos y humanos y fomentar la salud humana.

El séptimo enfoque, corresponde a **eSalud pública centrado en la equidad**, el artículo en el que se encontró no ofreció una definición concreta, incluso voluntariamente evitó una definición

prescrita de equidad, pero mencionó algunas condiciones que expresan equidad en salud como provisión de información de salud, enlaces a servicios de salud para miembros de grupos con mayor riesgo de morbilidad debido a la pobreza, falta de programas públicos y también la falta de respuestas efectivas y oportunas a las necesidades en salud. Pero un análisis importante aportado por este artículo acentúa la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud más allá de los entornos clínicos exclusivos y la necesidad de investigar las percepciones sobre las contribuciones a la equidad en salud de las TIC.(Farach et al., 2015).

En el octavo lugar, está el enfoque la **educación para la salud o pedagogía social** es una herramienta tanto educativa como de intervención social y cultural usada para la promoción de mecanismos de superación a nivel comunitario como personal de situaciones adversas, crisis, ausencia de recursos, descomposición del tejido social. Se configura como un recurso óptimo para superar la resignación y promover mecanismos de superación personal y comunitaria ante situaciones de crisis por escasez de recursos, entre otras. Se reconoce como medio para alcanzar, la liberación, la participación, la IS, la transformación social, la democracia cultural, la creatividad colectiva, el desarrollo autónomo y la identidad cultural. Tiene un carácter más orientado a la planeación y profesionalización que procura procesos educativos en contextos principalmente no formales. Este enfoque prioriza las necesidades sanitarias de la población objetivo, como también el buscar maneras para promocionar y optimizar la salud física, ambiental o social.

En el noveno lugar, el enfoque de **gestión de ecosistemas basado en comunidad** se encontró en un comentario de revista titulado “Innovative community-based ecosystem management for dengue and Chagas disease prevention in low and middle income countries in Latin America and the Caribbean” de Jacob Finkelman (2015). Ahí el autor menciona los cinco factores facilitadores para la implementación exitosa de su estrategia global: (1) promoción y

movilización de recursos, (2) asociación, coordinación y colaboración, (3) comunicación para lograr resultados de comportamiento, (4) desarrollo de capacidades y (5) seguimiento y evaluación. Este documento no conceptualiza el enfoque, pero acentúa la importancia de la investigación interdisciplinaria sobre los factores de riesgo ecológicos, biológicos y sociales como también reconoce la necesidad de no diseñar intervenciones sostenibles unidireccionales, sino que involucre a otros actores como empresas locales, servicios sociales, escuelas y grupos de acción de diferentes estratos comunitarios, señalando que la prevención y el control del dengue no es un problema exclusivo del sector salud.

El décimo enfoque, **Indagación Científica Escolar (IC)**, promueve la salud local aplicando estrategias didácticas innovadoras a nivel escolar a través de la enseñanza de temas de la ciencia y de salud comunitaria que vinculan el contexto escolar a la realidad socio ambiental de sus entornos. A través de este enfoque se ha logrado concientizar a los estudiantes a reconocer la necesidad de tomar medidas que favorezcan el medio ambiente y relacionarse de manera “afectiva” con él, también contribuye a que los niños se formen una opinión propia de la salud, reconociendo la relación intrínseca entre salud, salud en comunidad y contexto socio ambiental. Uno de los puntos importantes hallados en este enfoque fue una de sus debilidades, al fortalecer la capacidad de la observación e investigación de los fenómenos a analizar promueve la neutralidad en cuanto a lo observado por tanto es necesario complementar una metodología que fortalezca el rol de actor social en el observador.

En cuanto al undécimo enfoque **Innovación Social en Salud Pública** para la salud alimentaria, el artículo aclara que concibe este enfoque específicamente para el contexto puntual de la problemática de obesidad y diabetes en México. Este estudio concluyó que para que la IS sea efectiva debe considerarse los elementos endógenos y exógenos que pueden afectarla y

condicionar su resultado, precisando que son los segundos los que tienen mayor incidencia para afectar negativamente los resultados de la aplicación de una iniciativa. En cuanto a los elementos endógenos menciona que debe haber un trabajo sinérgico exitoso entre la sociedad, el gobierno, la academia y las empresas, y también la importancia que sea la comunidad misma quien determina los problemas, las causas y las consecuencias. Pero finalmente el artículo no propone ninguna definición para el enfoque.

Respecto al doceavo enfoque, el enfoque **psicosocial** se puede mencionar que este se basa en los principios de la Atención Primaria en Salud (APS) y la autogestión comunitaria con el objetivo de contribuir a la generación de territorios solidarios y entornos saludables. Este enfoque se considera integral porque busca leer, analizar y comprender las realidades en contexto, del ser humano integral y sistémicamente, adscribiéndolo a un contexto único, no generalizado.(Pérez, 2016).

Por **Tecnologías para la inclusión social (TIS)**, el enfoque número 13, se entiende el desarrollo de conocimientos científicos y tecnologías con valores del desarrollo social y humano encaminadas a mejorar la calidad de vida de las comunidades excluidas. Este enfoque emplea estrategias que ponen a la ciencia y la tecnología al servicio de las necesidades personales de los actores involucrados y las necesidades medioambientales, además de facilitar y democratizar la apropiación social de estos desarrollos, por tanto, no se trata específicamente de la materialización de un producto o dispositivo en específico sino de “un paquete de acciones socio-técnicas que abordan problemas de la exclusión social y que buscan y desarrollan soluciones para estos”(Chávez et al., 2015). En el caso particular de este artículo su propósito es el de mejorar los servicios de salud pública en zonas rurales de la periferia.

En el catorceavo lugar encontramos al enfoque de **territorios sostenibles y sanitarios** se apoya en el concepto de “ciudad saludable”, a través de este se busca promover la salud y prevenir las enfermedades a través de una planificación y gestión del territorio dando prioridad a la promoción de la salud como prioridad en la agenda política a través de una participación plural de todos los actores de la localidad para mejorar el estado de salud de la comunidad, los indicadores de salud como unas tasas de mortalidad y morbilidad más bajas, y una alta expectativa de vida. De acuerdo con Zea, una ciudad saludable cumple con criterios como ambiente físico limpio de alta calidad, ecosistema estable y sostenible, calidad de la vivienda, atención universal en salud, economía diversa, satisfacción de las necesidades básicas, acceso a una amplia variedad de experiencias y recursos, fomento de la conexión con el pasado, con la cultura y la herencia biológica, y un elevado estado de salud. Restrepo et al. (2017) también menciona criterios como la inclusión, el empoderamiento y la calidad de vida.

El quinceavo enfoque, **desarrollo sostenible y promoción de la salud** entiende la salud como un fenómeno multidimensional que involucra aspectos físicos, mentales, sociales y espirituales que a su vez se traslapan con otros aspectos o ámbitos que pueden ser afectados por aspectos externos como los biogénéticos, ambientales, socioeconómicos, políticos y culturales, siendo una constante el carácter de interdependencia que se asigna a la salud. Este enfoque busca a través de sus estrategias contribuir a la equidad, la autonomía la protección del medio ambiente y los recursos naturales, la promoción del crecimiento económico y la mejora del bienestar y calidad de vida de las comunidades.

En el lugar 16, se encuentra el enfoque **transferencia tecnológica en el ámbito de la salud** se refiere a la aplicación y adaptación de conocimientos básicos de la ciencia a requerimientos de salud, toda innovación tiene implícita una necesidad de apropiación de conocimiento, sin esta no

se logra una innovación tecnológica. Para la realización de una transferencia tecnológica es necesario involucrar a todos los integrantes de su cadena de valor para que finalmente el usuario o beneficiario pueda hacer uso del conocimiento (Martínez & Medina, 2013).

Con relación al enfoque **cuidado en el territorio**, enfoque número 17, este tiene por objetivo atender la salud centrada en el contexto social y cultural de los usuarios ya que hay hábitos y condiciones de algunas situaciones de salud y enfermedad que pueden atenderse más eficazmente si se conoce el entorno real para que así los profesionales en salud puedan construir una “una atención poderosa y creativa” que articule el territorio con una red territorial, se considera por tanto como una innovación en el campo de la salud mental porque ofrece una atención médica centrada en el contexto social, cultural e histórico de los usuarios (Silva et al., 2017).

Por último, los enfoques 18 y 19 están el enfoque de **salud ambiental** y el enfoque del **sistema local innovador y productivo (LIPS)**, el primero considera valora y el aborda de manera integral aquellos factores ambientales que tienen potencial de afectar la salud humana y viceversa, entendiendo el concepto amplio de ambiente: dimensión física, configuración biopsicosocial del entorno inmediato y la interacción humana en ese entorno; el segundo, aporta algo que no fue mencionado en ningún otro artículo de la muestra y es que reconoce el potencial de las plantas medicinales de la medicina tradicional para ampliar el acceso a medicamentos de buena calidad para la población que está excluida y que se puede pensar en esta estrategia como cambia a su uso como precedente que pueda influir a nivel estatal política pública como manera de contribuir a la inclusión social en la atención médica (Filocreao et al., 2017).

3.3 Reconocimiento de los criterios más representativos de los enfoques los enfoques de la muestra documental

A pesar de hallar múltiples enfoques en los textos que constituyen la muestra, entre ellos se encontró complementariedad más que divergencia entre los criterios identificados. De manera general se identificó que son enfoques incluyentes y flexibles en la medida que comprenden una combinación de criterios que le apuestan a un abordaje de la salud que sobrepasa el paradigma desusado de tratamiento y cura de la enfermedad. Gracias a esta postura integral sobre la salud, la mayoría de los enfoques antes mencionados fomentan medidas integrales y comprensivas que consideran los determinantes sociales de la salud y perciben la salud como la capacidad de las personas para interactuar y “prosperar en entornos sociales”, tal como lo plantea Puerta (2018).

Uno de los criterios comunes entre algunos de los enfoques, es la **movilización o participación activa de las comunidades**, lo que significa que la comunidad no solo se percibe como receptora o beneficiaria principal sino como un participante activo, sujeto responsable de sus acciones y con capacidad para tomar decisiones (Calderón & González, 2014), se reconoce entonces, la importancia de su participación por ser sus integrantes, los conocedores directos de las problemáticas y necesidades. La comunidad es llamada a participar tanto en el diagnóstico del problema y el diseño de la iniciativa, como también en la implementación y seguimiento de la misma, debe considerarse como la propietaria de la IS.

Otro criterio igualmente importante es la **educación y la educación en salud** para fomentar en la comunidad la adaptación de medidas que beneficien la situación a tratar, la educación va de la mano con el objetivo general de contribuir al empoderamiento de la comunidad, apropiación del conocimiento y desarrollo de capacidades, percibiendo a la educación como factor que contribuye directamente a la sostenibilidad de las iniciativas.

La **articulación intersectorial, el trabajo multidisciplinar** y las alianzas son otra tendencia en criterio y estrategia, varios enfoques reconocen el concepto amplio de salud. Curar una enfermedad es tan sólo uno de los múltiples problemas detrás de una problemática en salud. Por tanto, para su enfoque sistémico la cura de la enfermedad no es suficiente, deben abordarse problemas adyacentes como solucionar el problema de acceso desde el punto de vista geográfico o por costos, la falta de personal en salud capacitado, los tiempos de atención, los problemas de infraestructura y funcionamiento o disponibilidad de los equipos, la ampliación de cobertura del servicio en cuestión, utilización de los recursos locales disponibles, la sostenibilidad y escalabilidad de la iniciativa, la comunicación efectiva con la comunidad en su propio idioma, entre otras situaciones que pueden presentarse de acuerdo con la especificidad de cada contexto. Por esta razón un equipo de profesionales de diversos campos engranando temáticas y sectores para que sea una iniciativa a largo plazo.

Otro criterio es la **atención centrada en el contexto específico**, el contexto abarca cuáles son las características étnicas, políticas, culturales, sociales, geográficas, biológicas y factores ambientales, entre otros. Se identifica que los contextos comunitarios son el escenario idóneo para contribuir desde lo local al desarrollo social.

En cuanto al criterio **recursividad y empleo eficiente de los recursos disponibles**, se refiere a recursos que pueden incluir TIC, saberes y conocimientos comunitarios o ancestrales, infraestructura, dispositivos, voluntariado, material reciclable, entre otros, que contribuyen a la maximización de los beneficios, y que, a la vez, mejoran los indicadores de costo eficiencia de las iniciativas y contribuyen a la sostenibilidad.

Otro criterio no tan común entre los enfoques que se identificó fue el de la **alineación bajo un marco teórico** en el campo específico de la salud, que se considere legítimo y haya sido

institucionalizado por organismos internacionales reconocidos en el campo específico de la salud como la Carta de Ottawa, la declaración de Alma Ata y los ODS.

En cuanto al criterio, incluye en su estrategia a la **investigación y reconoce la importancia de la generación de evidencia científica**, señala claramente la importancia de aprender de la experiencia sobre lo que funciona y lo que no, para de esta manera aportar lecciones aprendidas a las nuevas intervenciones, y compartir este capital intelectual adquirido en diferentes lugares del mundo que tienen condiciones similares, beneficiando más comunidades y sirviendo de base para la formulación de políticas públicas.

Otro criterio identificado fue el de reconocer **los determinantes sociales de la salud**, entendidos como situaciones o condicionantes para gozar de una salud plena tanto dentro del sistema de salud como fuera de éste, se trata de condiciones que determinan el cómo se nace, crece, vive, trabaja y envejece. Algo que se considera dentro de los determinantes es el género, pero cabe mencionarse que es ecosalud el que apropia a la **equidad social y de género** como expresión característica propia de su enfoque a diferencia de otros que no la mencionan como tal.

Algo para agregar sobre este criterio, es que los enfoque innovación en salud e IT en Salud no consideran a los determinantes sociales de la salud, ya que se enfocan tan sólo en los aspectos innovación y desarrollo tecnológico con el objetivo de mejorar los procesos administrativos y de desarrollo de nuevas tecnologías exclusivas de contextos clínicos, comerciales o de la investigación y desarrollo. A pesar de esto, algunos autores aportaron análisis interesantes sobre el enfoque: Beratarrechea et al.,(2016) mencionó que el factor externo decisivo para que su implementación sea exitosa es que debe haber un liderazgo y gobernanza a través de la marcada participación de un amplio rango de implementadores y stakeholders de la mano con los operadores, Huaynate et al.(2015) menciona que no se deben descartar otros tipos de innovación

para abordar cuestiones sociales, de adaptación y políticas a pesar de que el enfoque puede solucionar parte del problema y Arias et al.(2015) afirma que la tecnología y el conocimiento no son suficientes para satisfacer la demanda de salud.

Luego se encontró el criterio **implementación de estrategias de comunicación**, criterio que se refiere a la importancia de incluir estrategias de difusión y socialización de las iniciativas, y en general, de combinar formas y medios de comunicación para garantizar que los beneficiarios potenciales reciban información de calidad y llegue al máximo de usuarios finales.

Hay un criterio que no se menciona particularmente en ningún artículo y es que, para tratarse de una IS o IS en salud, **la iniciativa ya debió haber tenido lugar**, ya debió haberse materializado como resultado de alguna iniciativa en proceso, idea, solución metodología, producto, modelo o relación. Una propuesta, por tanto, no se puede considerar una IS en salud.

3.4 Particularidades de Algunas Iniciativas de la Muestra

Con la intención de reconocer las particularidades implícitas en algunas iniciativas de la muestra, las estrategias innovadoras implementaron el papel que otorgaron a las comunidades en su desarrollo y las principales lecciones aprendidas a razón de ellas, se eligieron algunas iniciativas de los enfoques de mayor tendencia para ser descritas en los siguientes párrafos.

La primera iniciativa estuvo relacionada con tres de las principales causas del desafío de salud global como el hambre, la malnutrición y el sobrepeso. Estas tres condiciones conllevan diferentes problemas de salud que afectan contextos rurales, urbanos y poblaciones de diferente manera como también terminan impactando negativamente el desarrollo social y económico de los países. Entendiendo esta situación y reconociendo la papa como alimento potencialmente capaz de combatir la inseguridad alimentaria, problemas nutricionales y mejorar los ingresos de las

familias cultivadoras, la iniciativa “Breeding differently” implementada en Nariño, Colombia encontró una manera de vincular la agricultura con la nutrición (Mosquera et al., 2017).

Aunque esta iniciativa en su metodología adoptó un enfoque de investigación participativa se categorizó como una **IS** por las siguientes razones: favoreció metodologías educativas que empoderan individuos y organizaciones, asumió estrategias transdisciplinarias y estableció alianzas para vincular la agricultura y la nutrición, implementó el enfoque de género, utilizó estrategias de comunicación para garantizar que la información llegará a sus beneficiarios, fomentó la participación de la comunidad cultivadora combinando sus prácticas tradicionales con el conocimiento científico para generar soluciones concretas a los problemas de inseguridad alimentaria y nutrición a corto y mediano plazo desarrollando tres nuevos cultivares que tienen una mejor calidad nutricional y con mayores contenidos de hierro y zinc. (Mosquera Vásquez et al., 2017).

En segundo lugar, la iniciativa “Deporvida: Innovando desde el deporte” que a través de las Escuelas Populares del Deporte (EPD), ofrece a niños y jóvenes de Medellín formación integral en competencias ciudadanas y convivencia pacífica a través del deporte y la sana recreación buscando el fortalecimiento de la integración social y personal para que redefinan sus proyectos de vida y dejen las armas, la violencia y el conflicto. La iniciativa Deporvida se considera por sus autores como una **IS** desde el deporte, señalando que el aspecto innovador de la iniciativa es usar el deporte como herramienta para promover cambios sociales y que cumple con los criterios de empoderamiento, replicabilidad, generación de alianzas, sostenibilidad y escalabilidad (Calderón & González, 2014).

En tercer lugar, la iniciativa “Diseño de una estrategia diferencial para la prestación de servicios de salud de urgencias para la población materna en el Hospital Susana López de Valencia

E.S.E.” se autodenomina como IS en el sector salud, pero se categoriza en esta investigación como **innovación en salud**. La razón por la que se autodenomina una IS en el sector salud es porque se alinea con los ODS, con las metas del plan de desarrollo departamental y con la Política de Atención Integral en Salud- PAIS “orientando las acciones hacia la garantía del derecho a la salud; adoptando una serie de herramientas diferenciales que contribuyen a brindar mejores condiciones de accesibilidad, oportunidad, para la población materna desde la particularidad del territorio caucano” (Anacona, 2017).

Pero se señala que no se trata de una IS en el sector salud porque los criterios sobre los que basa su justificación no comparten todos los elementos que se ha reconocido para la IS en salud. Además, se trata de una propuesta para conformar una red en la ciudad de Popayán con el objetivo de innovar y transformar el modelo tradicional de atención que no se ha llevado a cabo y que a pesar de alinearse con políticas marco y utilizar las herramientas de la comunicación y la información, la herramienta que implementa no es una herramienta participativa sino que se trata de una “evaluación de la prestación de los servicios de salud de cada institución, en términos de los atributos de la calidad, la adopción de normas técnicas, guías y protocolos para la atención y satisfacción de los usuarios” (Anacona, 2017).

Otra iniciativa en **innovación en salud** se encontró en el artículo “Factores estratégicos para la sostenibilidad de una intervención de salud al nivel municipal de Brasil”, ahí se describe la evolución de una intervención a programas de salud pública y poblacional y se identificó factores estratégicos que contribuyen a su sostenibilidad a través de la metodología de evento crítico para analizar la evolución de los programas de salud pública y poblacional.

A través de esta metodología que busca reconocer controversias, obstáculos o conflictos que afectan la sostenibilidad de las intervenciones de salud, se exploraron los procesos y

herramientas relacionadas con la gestión intersectorial, la investigación y las prácticas de capacitación que influyeron en la sostenibilidad de intervenciones innovadoras de promoción de la salud del programa de salud familiar (FHP), el programa de atención primaria en salud más grande del mundo, que en 2015 atendió a más de 120 millones de personas, cubriendo todo el territorio nacional brasileño (Araujo et al., 2017).

Iniciativas como esta que se proponen mejorar sus modelos de atención o servicios recurren a medidas administrativas como la movilización de actores clave para reafianzar alianzas, reuniones educativas y actividades para favorecer la adhesión al programa de los miembros de la comunidad, organización de las prácticas, cooperación entre la academia y el municipio, asumir políticas de cambio, entre otras prácticas que reflejan el carácter de **innovación en salud** de este caso.

En cuanto al enfoque **IT en salud** el artículo “Barreras de diagnóstico e innovaciones en áreas rurales: percepciones de médicos junior en primera línea de la atención rural en Perú” cuya problemática gira en torno a la cobertura y a la mejora del acceso a la salud a través de una investigación que indagó acerca de las características del sistema de salud en Perú y en el área rural de la cuenca del Amazonas a través de entrevistas a médicos rurales basadas en su experiencia para identificar qué tipo de tecnologías facilitan el diagnóstico y tratamiento adecuado.

Algunos de los resultados fueron falta de diferentes herramientas de diagnóstico y recursos, barreras relacionadas con el sistema de salud en sí mismo para el proceso de diagnóstico, barreras de los pacientes para cumplir con las referencias de diagnóstico e ideas para la innovación tecnológica para mejorar el proceso de diagnóstico. Sumado a las anteriores barreras también enfrenta barreras por la regulación o el sistema de salud como la falta de presupuesto para más pruebas de diagnóstico, falta de especialistas en las instituciones de salud, deficiencias de la calidad

y condición de los laboratorios de clínicos, el acceso limitado a las telecomunicaciones y la falta de apoyo institucional y oportunidades de capacitación (Anticono et al., 2015).

Un segundo artículo “La telesalud como instrumento de trabajo de enfermería en la UCI de adultos: una revisión bibliográfica” describe muy bien el rol del enfoque. La IT en salud emplea modernas tecnologías interactivas electrónicas y de telecomunicaciones para introducir nuevas soluciones de procesos que aumentan la eficiencia de la salud adoptando acciones de mejora de educación, de planificación de salud, de regulación de la teleasistencia y de implementación de métodos para proporcionar y facilitar actividades multiinstitucionales (Bender & Carvalho, 2018).

La iniciativa “El papel del género en la prevención y el control de la enfermedad de Chagas en Honduras: un análisis de las redes de comunicación y colaboración” bajo el enfoque de **ecosalud** desarrolló una estrategia efectiva para la prevención y el control de la enfermedad de Chagas a través de prácticas de mejoramiento de la vivienda con criterios como integración de la participación comunitaria con los equipos de investigación y las partes interesadas, pero conservando las prácticas tradicionales y enfoque de género (Rodríguez et al., 2016).

Una segunda iniciativa de **ecosalud** se dio en el marco del proyecto Liderazgo Municipal Intersectorial en Salud en el municipio Mario Briceño Iragorry en Venezuela, que tuvo como propósito formular e implementar estrategias para contribuir a la prevención del dengue, Chikungunya y Zika. La iniciativa contó con un proceso participativo de la comunidad en la eliminación de criaderos de vectores a nivel local instaurando prácticas cotidianas de familias y comunidades.

La propuesta del trabajo con las comunidades fue la de promover la intersectorialidad, la participación social de la sociedad civil y sus diferentes organizaciones para así favorecer sustentabilidad a las acciones de mejoramiento de la calidad de vida. La iniciativa llevó a cabo

procesos educativos para fortalecer capacidades, participación social, trabajo articulado, intercambio de saberes, conservación ambiental y promoción de espacios de encuentro, entre otros. Este enfoque analiza la relación entre el ecosistema natural y los sistemas humanos a partir de sus principios estratégicos: sistémico, transdisciplinariedad, investigación-acción, sustentabilidad e intersectorialidad, equidad social y de género y participación social (Castillo et al., 2017).

Una de las iniciativas en IS en Salud que hace parte de la colección de casos de SIHI es la del “Centro para el desarrollo de la investigación científica CEDIC”, este centro de investigación independiente y sin ánimo de lucro dirigido por la Dr. Antonieta Rojas de Arias ha estado en funcionamiento desde el 2006 en la región del Chaco en Paraguay beneficiando a la comunidad indígena que ahí habita. La situación particular de los indígenas de esta región es que los medios disponibles para solventar su situación de salud son insuficientes, por tanto, la provisión de servicios oportuna y de calidad es el mayor obstáculo para prevenir y combatir la enfermedad del Chagas.

El CEDIC aplica su propia metodología para asumir sus retos en salud, esta se desarrolla en los pasos descritos a continuación: identificación de la comunidad afectada e identificación sus percepciones, promoción de relaciones con la comunidad implementando metodologías participativas que aumenten la comprensión y apropiación del reto, desarrolló una propuesta de proyecto que involucre a la comunidad, la academia, el gobierno y al sector privado, y por último, co-diseño de una solución al reto aplicando ciclos de investigación- acción las veces que se requiera.

Este caso hallado demuestra la aplicación de criterios de innovación, participación comunitaria, escalabilidad, sostenibilidad, compromiso con la comunidad y co-creación con los stakeholders. En esta iniciativa las comunidades participaron en la definición de nuevas

prioridades de investigación en colaboración con expertos y académicos como también del diseño de nuevas intervenciones, un indicador de éxito de la participación local es que involucrar a la comunidad aumenta el sentido de pertenencia en las intervenciones realizadas en la comunidad. Al igual que el enfoque de ecosalud la investigación es parte fundamental de sus procesos, ya que más allá de generar nuevo conocimiento es la manera de movilizar a un grupo multidisciplinario de expertos y a miembros de la comunidad para resolver retos en salud.

Los criterios del enfoque se aplicaron de la siguiente manera: la participación comunitaria se dio a través de la articulación con la municipalidad y la institución del Ministerio de Salud encargada del control de enfermedades infecciosas SENEPA, universidades locales y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT, se implementaron estrategias para la sostenibilidad como la venta de productos, patrocinios, alianzas, apoyo de voluntariado y compartiendo experiencias y conocimientos ganados en otros proyectos relacionados con la enfermedad de Chagas; el criterio de escalabilidad lo solventan a través de la estrategia del “Living Lab” que aplica principios de co-diseño e investigación centrada en el usuario y recurre en sus misiones a diferentes disciplinas como epidemiología, salud pública, ingeniería y ciencias sociales, y además, cuenta con alta tecnología para desarrollar productos farmacéuticos.

El problema del Chagas en esta población se asumió a través de las siguientes líneas de acción: modelar casas de ladrillo para reducir la infestación, sistema de vigilancia para mejorar la detección de vectores, juegos educativos para la sensibilización de la comunidad, y a través de la solución a otras necesidades identificadas por la comunidad no directamente relacionadas con el reto central, en este caso se trató de filtros para solventar la necesidad expresada por la comunidad de contar con acceso a agua limpia.

Otra iniciativa que hace parte de la colección de SIHI se trata del caso “MosquitiaMed: acortando distancias a través de la medicina” cuyas áreas de interés son la telesalud, la salud comunitaria y la salud intercultural que a través de voluntariado busca mejorar el acceso a servicios de salud primarios y especializados, reducir las barreras a su acceso y contribuir a la economía familiar de la comunidad Misquito del lado hondureño ubicada en el municipio de Gracias a Dios.

La intervención estableció dos líneas de acción brigadas de salud y programas de telesalud en lengua nativa y telemedicina. Una manera de reducir la barrera intercultural es brindando educación en su idioma nativo en temas como primeros auxilios y el cuidado de enfermedades en casa. La adaptación al Misquito se hizo por medio de voluntarios bilingües para quedar registrados en videos que MosquitiaMed proyectará en salas de espera de centros médicos y en espacios comunitarios de la Mosquitia. En la situación de casos médicos complejos se implementaron consultas médicas basadas en telemedicina atendidas en principio por especialistas y profesores de escuelas de medicina y en ocasiones que se encontraran casos difíciles de resolver por sí mismos recurrían a otros colegas a través de aplicaciones de mensajería para resolver preguntas clínicas evitando que los pacientes se desplazaran e hicieran gastos innecesarios para recibir atención en Tegucigalpa.

Capítulo IV

Criterios característicos de la Innovación Social en Salud. Un aporte al desarrollo conceptual

A partir del proceso de análisis de los 80 textos que configuraron la muestra en este estudio, fue posible identificar 18 criterios que caracterizan a la IS en salud conceptual y metodológicamente hablando; criterios que a su vez se vinculan con los diferentes enfoques que, en mayor o menor medida se relacionan con la IS en salud, tal como se expuso en el capítulo anterior.

En este capítulo, es posible abordar las convergencias y divergencias entre la IS en salud y los demás enfoques (20) que fueron identificados en los textos de la muestra a partir de la forma cómo incorporan de manera parcial o total, los diferentes criterios identificados y descritos más adelante.

4.1 ¿Qué puede decirse respecto la aproximación latinoamericana al concepto Innovación Social en Salud, a partir de los criterios identificados?

Si bien otros autores han hablado de criterios a manera de características clave de la Innovación Social tales como ser susceptibles de intervención de políticas, distinguirse claramente de otros tipos de innovación (Borzaga & Bodini, 2014), satisfacer necesidades sociales, crear nuevas relaciones sociales, beneficiar la sociedad y mejorar su capacidad para actuar (Murray et al., 2010), promover el desarrollo humano, transformar las relaciones sociales (Jessop et al., 2013), cambiar las prácticas o estructura social, contribuir al desarrollo urbano y comunitario, mejorar las formas y procesos de trabajo, imbuir innovaciones tecnológicas con significado cultural y relevancia, resignificar el trabajo social e innovar mediante la conectividad digital

(Ruede & Lurtz, 2012); como puede verse poco se ha abordado el tema en el caso específico de la IS en Salud.

Otro documento *Claves de la innovación social en América Latina y el Caribe* de la CEPAL plantea una serie de criterios haciendo alusión específicamente a aquellos elementos clave que permiten identificar una iniciativa como innovadora. Los autores organizan los criterios en tres (3) procesos: postulación, evaluación y premiación (Rodríguez & Alvarado, 2008). Por otra parte, Tierra Nueva, proyecto de formación de asesores/as de movimientos y organizaciones que actúan en el desarrollo de prácticas y saberes innovadores para la generación de cambios sociales (Nova Terra, 2008), reconoce 10 criterios importantes para comprender la IS como transformación no violenta de conflictos, sostenibilidad integral, transparencia responsable, consciencia de comunidad humana, participación deliberativa, comunicación interactiva, compartir recursos, globalismo integrador, pluralismo intercultural y equilibrio de género y de generaciones

En el caso de la IS en salud, SIHI tiene identificados cuatro criterios que igual que la CEPAL, son concebidos como necesarios para la identificación de iniciativas innovadoras en salud, estos son: efectividad, inclusión, grado de innovación y asequibilidad, además da a los diferentes hubs que operan en diferentes regiones del mundo, la posibilidad de incluir criterios propios y operacionalizar los cuatro (4) antes enunciados según el contexto y líneas de interés de los programas de salud en cada país (Social innovation in health initiative, 2018).

Adicionalmente, tomando como referencia la experiencia de Latinoamérica, CIDEIM como líder del SIHI-LAC Hub, para el año 2019 actualizó los criterios para la identificación de innovaciones sociales en salud en la región encaminadas al mejoramiento en el acceso y la atención en salud, fortalecimiento de la calidad de los servicios de salud y diagnóstico, y tratamiento y prevención de enfermedades infecciosas, bajo los criterios de selección de pertinencia, grado de

innovación, inclusión, asequibilidad, efectividad, escalabilidad, sostenibilidad, participación y cambios en el sistema; los cuales aplicó en el proceso de *Crowdsourcing*⁶ llevado a cabo para iniciativas de IS en salud en la Región Andina (ICESI, 2019).

Tal como puede verse, los autores e instituciones antes citados, coinciden en al menos 11 criterios para reconocer la IS independiente del ámbito en el cual se aplique. Estos criterios comunes son: sostenibilidad, inclusión, satisfacer necesidades sociales, crear nuevas relaciones sociales o transformarlas, empoderamiento, participación, promover el desarrollo humano, grado de innovación, asequibilidad, escalabilidad y sostenibilidad. Criterios que contribuyen a definir lo que la IS conceptual y metodológicamente.

Por otra parte, se identifican algunos criterios en estos autores que no son comunes para todos, tal vez por estar asociados a intereses y objetivos particulares de las instituciones que los acogen: ser susceptibles de intervención de políticas, distinguirse claramente de otros tipos de innovación, imbuir innovaciones tecnológicas con significado cultural y relevancia, resignificar el trabajo social e innovar mediante la conectividad digital, transformación no violenta de conflictos, transparencia responsable, consciencia de comunidad humana, participación deliberativa, comunicación interactiva, compartir recursos, globalismo integrador, pluralismo intercultural, mejorar las formas y procesos de trabajo y equilibrio de género y de generaciones.

De acuerdo con lo anteriormente desarrollado se percibe la importancia de la identificación de criterios característicos para facilitar la comprensión y delimitación de la IS ya sea como un

⁶ Es el proceso de tener un grupo grande de expertos y no expertos trabajando en la solución de un problema y luego compartir la solución con el público. Los concursos de desafío son una herramienta para el crowdsourcing. Estos concursos emiten convocatorias abiertas para solicitar nuevas ideas, imágenes o estrategias del público. Muchos concursos se han centrado en mejorar la salud, pero hay poca orientación en esta área.

enfoque, proceso o resultado. Por esta razón, a partir de la revisión de la muestra documental fue posible abstraer aquellos elementos diferenciadores del enfoque IS en salud

4.2 ¿Cuáles son los criterios característicos de la Innovación Social en salud identificados en la muestra del estudio?

A través de la lectura de cada uno de los textos que conforman el material documental de este estudio, se logró identificar 18 criterios característicos propios del enfoque IS en salud:

4.2.1 Promoción de la salud y prevención de la enfermedad antes que la cura.

4.2.2 Accesibilidad a servicios de salud.

4.2.3 Desarrollo local e inclusión de perspectivas socioecológicas de la salud. Se ajusta a la especificidad de los contextos.

4.2.4 Implementación de estrategias con enfoque de educación en salud.

4.2.5 Participación activa de organizaciones de la sociedad civil y de la comunidad en general.

4.2.6 Sostenibilidad a través del fomento de la participación activa, el empoderamiento y la apropiación social del conocimiento (ASC).

4.2.7 Recursividad, se apoya en recursos existentes como las TIC y hace análisis de costo-beneficio.

4.2.8 Énfasis en la evidencia científica.

4.2.9 Interdisciplinariedad e intersectorialidad.

4.2.10 Horizontalización de las relaciones de poder con enfoque de género.

4.2.11 Articulación con el modelo de los determinantes sociales de la salud.

4.2.12 Introducción de nuevas ideas.

4.2.13 Respuesta a necesidades específicas en salud e impacto sobre otras problemáticas colectivas.

4.2.14 Promoción del progreso humano en entornos sociales.

4.2.15 Adscripción a políticas de desarrollo social como los ODS, ciudades saludables, entre otras.

4.2.16 Uso de aplicaciones tecnológicas y desarrollos tecnológicos.

4.2.17 Escalabilidad y replicabilidad.

4.2.18 Fundamentación desde marcos normativos en salud como la Declaración de Alma Ata y la Carta de Ottawa.

Estos criterios aplican tanto al reconocimiento de iniciativas comunitarias específicas, como a la concepción estructural de la IS en salud y los demás enfoques.

En relación con los criterios antes planteados por otros autores citados, se observa que son criterios generales o comunes que la IS en salud parece adoptar y conservar de la IS: introducción de nuevas ideas, escalabilidad y replicabilidad, uso de aplicaciones tecnológicas y desarrollos tecnológicos, adscripción a políticas de desarrollo social como los ODS, promoción del progreso humano en entornos sociales, sostenibilidad a través del fomento de la participación activa, el empoderamiento y la apropiación social del conocimiento (ASC), horizontalización de las relaciones de poder con enfoque de género, recursividad, se apoya en recursos existentes como las TIC y hace análisis de costo-beneficio.

Y, por consiguientes son criterios particularmente definidos para la IS en salud con respecto a la IS, a partir de los 80 textos analizados en este estudio:

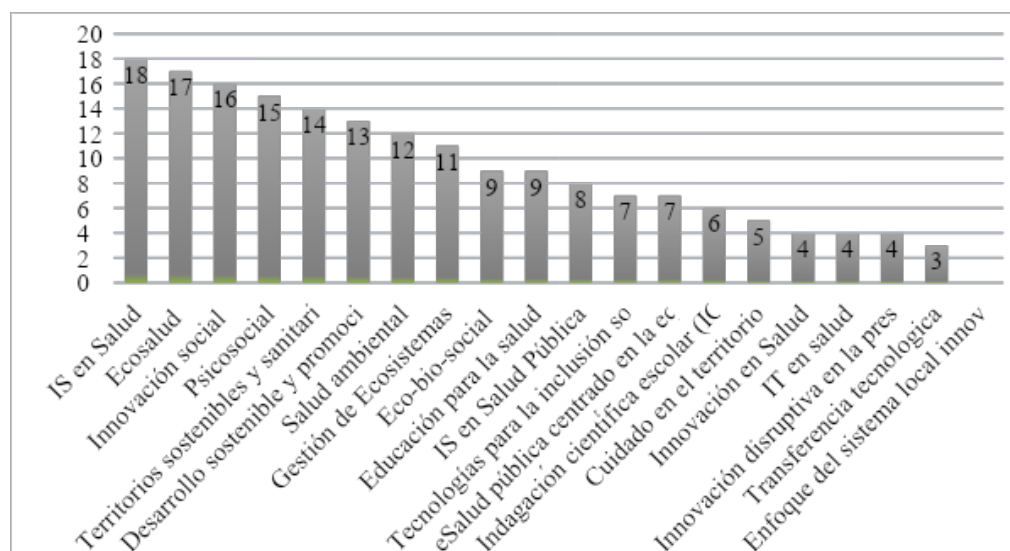
- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad antes que la cura.
- Accesibilidad a servicios de salud.
- Desarrollo local e inclusión de perspectivas socioecológicas de la salud.
- Implementación de estrategias con enfoque de educación en salud.
- Énfasis en la evidencia científica.
- Interdisciplinariedad e intersectorialidad.
- Articulación con el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS).
- Respuesta a necesidades específicas en salud e impacto sobre otras problemáticas colectivas.
- Fundamentación desde marcos normativos en salud como la Declaración de Alma Ata y la Carta de Ottawa.

4.3 ¿Cómo se relacionan los enfoques y criterios característicos de la IS en salud?

La identificación de los 18 criterios característicos mencionados anteriormente permitió realizar un ejercicio de contraste a nivel de criterios entre los enfoques que fueron descritos en el capítulo anterior. **Figura 13.** que se presenta más adelante, ilustra la compatibilidad que presentan los diferentes enfoques con los criterios característicos de la IS en salud, lo que a su vez permite reconocer cuáles enfoques se acercan más a la IS en salud; pero antes es importante ver la frecuencia con que es considerado cada criterio según los enfoques.

Figura 13

Número de criterios para cada enfoque

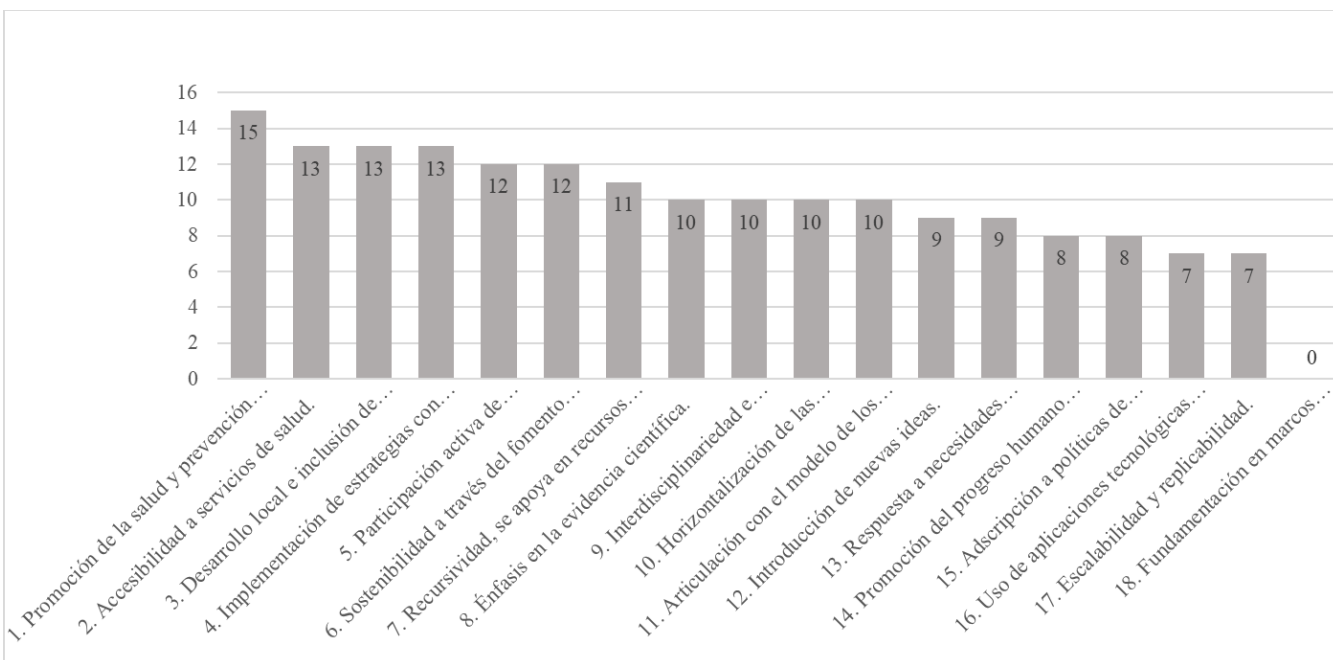


Tal como se observa en esta figura, los 18 criterios identificados en este estudio, como característicos de la IS en salud, son acogidos en mayor o menor medida por los otros 19 enfoques. La Ecosalud acoge o cumple con 17 de ellos, le siguen Innovación Social con 16, Enfoque Psicosocial con 15, Territorios sostenibles y sanitarios con 14, Desarrollo sostenible y promoción de la salud con 13, Salud ambiental con 12, Gestión de ecosistemas con 11, Eco-bio-social y Educación para la salud con 9, de esta manera puede reconocerse que, de acuerdo con el número de criterios a los que responde cada enfoque, los tres (3) más cercanos a la IS son Ecosalud, Innovación Social, Enfoque Psicosocial y territorios sostenibles.

En este proceso de relacionamiento entre enfoques y criterios, también se pudo dar cuenta de los criterios más comunes para los diferentes enfoques.

Figura 14

Recurrencia de los criterios en relación con los enfoques



Los cinco criterios más recurrentes según esta figura son: a) *busca la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad antes que la cura*, b) *accesibilidad a servicios de salud.*, c) *desarrollo local e inclusión de perspectivas socioecológicas de la salud*, d) *implementa estrategias con enfoque de educación en salud* y, e) *las comunidades participan activamente en las iniciativas*. Estos criterios van de 13 a 15 recurrencias. A partir de estos cinco criterios, se identifica que la orientación que en Latinoamérica se está dando a las intervenciones en salud, ha empezado a promover y a basarse en un concepto de salud más amplio e integral que responde a necesidades contextuales locales y que aporta a la construcción de capacidad instalada y al empoderamiento y organización de las comunidades.

Aunque es evidente, y era de esperar hallar criterios comunes entre los enfoques encontrados en esta investigación a razón de los términos de búsqueda iniciales, este contraste

permitió identificar un criterio único *fundamentación desde marcos normativos en salud como la Declaración de Alma Ata y la Carta de Ottawa*, por el que ningún otro enfoque de la muestra se caracteriza, a excepción de la IS en salud, que otorga gran importancia a los principios de ambas declaraciones, esto se evidencia en la gráfica anterior, donde el criterio 18 solo presenta una recurrencia.

Recurrencia 10 a 12. Los criterios con mayor número de recurrencias en tercer lugar son los criterios 5 y 6: *origen en organizaciones de la sociedad civil y participación activa de las comunidades*, no está presente en los enfoques tecnologías para la inclusión social, e-Salud pública centrado en la equidad, indagación científica escolar (IC), innovación en salud, IT en salud, transferencia tecnológica, innovación disruptiva en la prestación de los servicios de salud y el enfoque del sistema local innovador y productivo (LIPS). El criterio 6 *que corresponde a promoción de la participación, el empoderamiento y la apropiación del conocimiento*, no está presente en los enfoques tecnologías para la inclusión social, e-Salud pública centrado en la equidad, cuidado en el territorio, innovación en salud, IT en salud, transferencia tecnológica, innovación disruptiva en la prestación de los servicios de salud y el enfoque del sistema local innovador y productivo (LIPS).

Le siguen los criterios con recurrencias de 1 a 9 (poco recurrentes), dos criterios muy distintivos de la IS en salud, siendo el criterio 7 *Es recursivo, se apoya en recursos existentes como las TIC y hace análisis de costo-beneficio* y el 8 *plantea como parte fundamental de las intervenciones a la investigación y la evidencia científica*. Los enfoques que fueron la excepción y no se alinearon con el criterio 7 fueron: salud ambiental, educación para la salud, IS en salud pública, e-Salud pública centrado en la equidad, indagación científica escolar, cuidado en el territorio, IT en salud, transferencia tecnológica, enfoque del sistema local innovador y productivo

(LIPS). En cuanto al criterio 8, 10 enfoques no presentaron este rasgo: salud ambiental, educación para la salud, IS en salud pública, e-Salud pública centrado en la equidad, cuidado en el territorio, IT en salud, enfoque del sistema local innovador y productivo (LIPS), innovación social, innovación en salud e innovación disruptiva en la prestación de los servicios en salud.

Los siguientes criterios 9, 10, 11 no son reconocidos por el 55% de los enfoques: *asume enfoques transdisciplinarios y se apoya en estrategias intersectoriales (enfoque sistémico)* (criterio 9), *incluye la perspectiva de género, equilibra las relaciones de poder y crea nuevas relaciones* (criterio 10), *y, se vincula al modelo de los determinantes sociales de la salud y su intervención sobrepasa el límite de los entornos clínicos exclusivos* (criterio 11). Los enfoques menos comunes con respecto al criterio 9 son educación para la salud, tecnologías para la inclusión, e-salud pública centrado en la equidad, indagación científica escolar (IC), cuidado en el territorio, innovación en salud, IT en salud, transferencia tecnológica, innovación disruptiva en la prestación de los servicios en salud, ni el enfoque del sistema local innovador y productivo (LIPS.).

En cuanto al criterio 10, los enfoques que no presentan esta característica son gestión de ecosistemas, eco-bio-social, educación para la salud, tecnologías para la inclusión, cuidado en el territorio, innovación en salud, IT en salud, transferencia tecnológica, innovación disruptiva en la prestación de los servicios en salud, ni el enfoque del sistema local innovador y productivo (LIPS.). Por último y acerca del criterio 11, los enfoques que no lo cumplieron fueron eco-bio-social, tecnologías para la inclusión, IS en salud pública, indagación científica escolar (IC), cuidado en el territorio, innovación en salud, IT en salud, transferencia tecnológica, innovación disruptiva en la prestación de los servicios en salud, ni el enfoque del sistema local innovador y productivo (LIPS.).

4.4 ¿Cuáles son las convergencias y divergencias de la innovación social en salud con otros enfoques a partir de los 18 criterios identificados?

Para evaluar las convergencias y divergencias entre enfoques con relación a los criterios, se agrupan los 19 enfoques⁷ por rangos de porcentaje según compatibilidad de éstos con el enfoque de IS en salud. El porcentaje fue calculado a partir del número de criterios compartidos sobre el total de los mismos para el enfoque de referencia (18). Algunos criterios se consideraron como “No concluyentes” cuando el texto no mencionó ese criterio o no podía inferirse a partir de la lectura una postura clara frente a él (ver **Tabla 19**).

Tabla 19

Grupos de enfoques por rango de compatibilidad

Rango % de compatibilidad	Enfoque	Compatibilidad con IS en Salud
I 67% -99%	Ecosalud	94%
	Innovación social	83%
	Psicosocial	83%
	Territorios sostenibles y sanitarios	78%
	Desarrollo sostenible y promoción de la salud	72%
II 33% -66%	Salud ambiental	67%
	Gestión de Ecosistemas	61%
	Eco-bio-social	50%
	Educación para la salud (incluye a	50%

⁷ En esta agrupación, no se incluye la IS en salud por ser el enfoque de referencia en este análisis.

Rango % de compatibilidad	Enfoque	Compatibilidad con IS en Salud
III 0% -32%	Pedagogía social, AsC)	
	Tecnologías para la inclusión social	44%
	IS en Salud Pública	39%
	e-Salud pública centrado en la equidad	33%
	Indagación científica escolar (IC)	28%
	Cuidado en el territorio	22%
	Innovación en Salud	22%
	IT en salud	22%
	Innovación disruptiva en la prestación de los servicios de salud	22%
	Transferencia tecnológica	17%
	Enfoque Sistema Local Innovador y Productivo (LIPS)	0%

Tal como se observa en la tabla 19, Grupos de enfoques por rango de compatibilidad, el grupo que conforma el rango 1 consta de seis enfoques que alcanzan una compatibilidad de criterios entre el 67% y el 99%, los criterios más relevantes y que son comunes a estos seis enfoques son 13 tal como se observa en la **Tabla 20**.

Tabla 20*Criterios más consistentes del grupo de enfoques por rango I*

Criterios	Enfoques					
	Ecosalud	Territorios sostenibles y sanitario	Desarrollo sostenible y promoción de la salud	Psicosocial	Salud ambiental	Innovación Social
1 ⁸ Promoción de la salud y prevención de la enfermedad antes que la cura.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2 Accesibilidad a servicios de salud.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3 Desarrollo local e inclusión de perspectivas socioecológicas de la salud	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5 Participación activa de organizaciones de la sociedad civil y de la comunidad en general	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6 Sostenibilidad a través del fomento de la participación activa, el empoderamiento y la apropiación social del conocimiento	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9 Interdisciplinariedad e intersectorialidad.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
10 Horizontalización de las relaciones de poder con enfoque de género.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
11 Articulación con el modelo de los determinantes sociales de la salud.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
13 Respuesta a necesidades específicas en salud e impacto sobre otras problemáticas colectivas.	✓	✓	✓	✓	✓	
14 Promoción del progreso humano en entornos sociales.	✓	✓	✓	*	✓	✓
8 Énfasis en la evidencia científica.	✓	✓	✓	✓	✓	

⁸ El número asignado a los criterios en este y las tablas siguientes, es el que corresponde al número que marcó la secuencia de los mismos en la página 137 de este capítulo.

Criterios	Enfoques					
	Ecosalud	Territorios sostenibles y sanitario	Desarrollo sostenible y promoción de la salud	Psicosocial	Salud ambiental	Innovación Social
7 Recursividad, se apoya en recursos existentes como las TIC y hace análisis de costo-beneficio	✓	✓	✓	✓		✓
4 Implementación de estrategias con enfoque de educación en salud.	✓	✓	✓	✓		

* No se encuentra información concluyente

De igual manera, se pueden identificar para estos mismos seis enfoques en el rango I, los criterios menos compatibles que son: a) *adscripción a políticas de desarrollo social como los ODS, ciudades saludables, entre otras*, b) *introducción de nuevas ideas*, c) *uso de aplicaciones y desarrollos tecnológicos y*, d) *escalabilidad y replicabilidad* (ver **Tabla 21**).

Criterios	Enfoques					
	Ecosalud	Innovación Social	Territorios sostenibles y sanitarios	Psicosocial	Desarrollo sostenible y promoción de la salud	Salud ambiental
15 Adscripción a políticas de desarrollo social como los ODS, ciudades saludables, entre otras				✓		
12 Introducción de nuevas ideas	✓	✓				
16 Uso de aplicaciones tecnológicas y desarrollos tecnológicos	✓	✓	✓		*	
17 Escalabilidad y replicabilidad	✓	✓		*		*

* No se encuentra información concluyente

En este orden de ideas, en cuanto a lo observable dentro del primer grupo, entre todos los seis (6) enfoques que comprenden este rango, Ecosalud es el que tiene mayor compatibilidad con

la IS en salud ya que acoge 17 de los 18 criterios de la IS en salud, lo que corresponde a una compatibilidad del 94%. Los criterios que se mantienen para estos seis enfoques son 1, 2, 3, 5, 6, 9, 10, 11 y 13, los cuales se vuelven importantes y transversales en lo que respecta a este primer rango. Entonces, la caracterización de los enfoques del grupo I tiene dentro de sus lineamientos conceptuales y metodológicos, promover la salud y la prevención de la enfermedad, facilitar el acceso a servicios de salud, diseñarse y desarrollarse a nivel local con base en la especificidad de los contextos, originarse en la sociedad civil y promover la participación activa de las comunidades en las iniciativas, orientarse a la sostenibilidad, el empoderamiento, la ASC que hace partícipe a los colectivos de la gestión y desarrollo de conocimientos y a la implementación de enfoques transdisciplinarios, intersectoriales y de género para equilibrar las relaciones de poder y la creación de nuevas relaciones basadas en principios de equidad y derechos, responder al modelo de los determinantes sociales de la salud y sobrepasar el límite de los entornos clínicos exclusivos para procurar la solución de necesidades colectivas en salud que impacten socialmente sobre otras problemáticas reales.

Por otro lado, de este ejercicio de contraste para el grupo I, se puede inferir que uno de los grandes desencuentros que tienen los 19 enfoques de la muestra en relación con la IS en salud, es que parecen no adscribirse a algún marco normativo en salud de manera explícita, pues como se había dicho antes, solo la IS en salud según los textos de este estudio, deja claro como la Declaración de Alma Ata y la Carta de Ottawa, mención que hace directamente SIHI en su operacionalización del concepto. Sin embargo, el enfoque Psicosocial sí hace referencia a la importancia de adscribirse a marcos normativos, pero no necesariamente en salud, tales como los ODS y ciudades saludables.

Finalmente, los criterios menos frecuentes o consistentes para los seis (6) enfoques del grupo I, son 15, 12,16 y 17. Estos hacen relación a la adscripción a políticas sociales vigentes como los ODS, a la introducción de nuevas ideas, uso de aplicaciones y desarrollos tecnológicos y a la escalabilidad y replicabilidad; éstos dos últimos de gran importancia para la IS y la IS en salud.

En cuanto al Grupo II, cuya compatibilidad de los enfoques oscila entre el 33% y 66% con respecto a la IS en salud, al igual que el grupo I, cuenta con seis (6) enfoques que ordenados de mayor a menor según porcentaje de compatibilidad son: Gestión de Ecosistemas (61%), Eco-bio-social (50%) Educación para la salud (50%), Tecnologías para la inclusión social (44%) IS en Salud Pública (39%) y e-Salud pública centrado en la equidad (33%). Dentro de este grupo los criterios más consistentes entre enfoques son seis (6) y los menos consistentes son 12.

Empezando por los criterios más consistentes del rango, se reconocen 1, 3, 4, 5, 6 y 9, esto indica que los seis enfoques de este grupo reconocen la importancia del desarrollo a nivel local e inclusión de perspectivas socio-ecológicas de la salud, que las iniciativas se ajusten a la especificidad de los contextos, implementen estrategias del enfoque educación en salud, con origen principalmente en organizaciones de la sociedad civil y las comunidades, que busquen favorecer la sostenibilidad a través del fomento de la participación activa, el empoderamiento y la ASC por parte de la comunidad, y que además, asuman enfoques transdisciplinarios apoyados en estrategias intersectoriales (enfoque sistémico). Ver **Tabla 21**.

Tabla 21

Criterios más consistentes del Grupo II

	Criterios	Enfoques					e-Salud Pública Centrado en la Equidad
		Gestión de Ecosistemas	Eco-Bio-Social	IS En Salud Pública	Educación para la Salud	Tecnología para la inclusión Social	
1	Promoción de la salud y prevención de la enfermedad antes que la cura.	No	Si	Si	Si	No	Si
3	Desarrollo local e inclusión de perspectivas socioecológicas de la salud	Si	Si	Si	Si	No	No
4	Implementación de estrategias con enfoque de educación en salud	Si	Si	Si	Si	para Profesionales*	No
5	Participación activa de organizaciones de la sociedad civil y de la comunidad en general	Si	Si	Si	Si	No	No
6	Sostenibilidad a través del fomento de la participación activa, el empoderamiento y la apropiación social del conocimiento	Si	Si	Si	Si	No	No
9	Interdisciplinariedad e intersectorialidad	Si	Si	Si	No	No	No

* No se encuentra información concluyente

Los criterios menos consistentes dentro de este grupo son 2, 12, 13, 10, 14, 16, 18, 15, 8, 11, 17 y 7. tal como se observa a continuación en la **Tabla 22**.

Criterios menos consistentes del grupo de enfoques por rango II

Tabla 22

Criterios menos consistentes del grupo de enfoques por rango II

Criterios		Enfoques					
		Eco-Bio-Social	Gestión de Ecosistemas	IS En Salud Pública	Educación para la Salud (Pedagogía Social)	Tecnología para la inclusión Social	e-Salud Pública Centrado En La Equidad
2	Accesibilidad a servicios de salud	No	No	No	No	Si	Si
1	Introducción de nuevas ideas	No	No	Si	No	Si	No
2							
1	Respuesta a necesidades específicas en salud e impacto sobre otras problemáticas colectivas	No	No	No	Si	No	Si
3							
1	Horizontalización de las relaciones de poder con enfoque de género	No	No	Si	No	No	Si
0							
1	Promoción del progreso humano en entornos sociales	No	No	No	Si	No	Si
4							
1	Uso de aplicaciones tecnológicas y desarrollos tecnológicos	No	No	No	No	Si	No
6							
1	Fundamentación desde marcos normativos en salud como la Declaración de Alma Ata y la Carta de Ottawa.	No	No	No	No	No	Si
8							
1	Adscripción a políticas de desarrollo social como los ODS, ciudades saludables, entre otras	No	Si	No	Si	*	No
5							
8	Énfasis en la evidencia científica	Seguimiento Si*	Si	No	No	Si	No
1	Articulación con el modelo de los determinantes sociales de la salud	Si	No	*	Si	No	Si
1	Escalabilidad y replicabilidad	Si	Si	No	No	Si	No
7							
7	Recursividad, se apoya en recursos existentes como las TIC y hace análisis de costo-beneficio	Si	Si	No	No	Si	No

* No se encuentra información concluyente

En el grupo II, a diferencia del grupo I, no se encuentran criterios que sean acogidos por los seis enfoques (6) del grupo, pero, se puede reconocer que el criterio 4, implementación de estrategias con enfoque de educación en salud, es reconocido por cinco de los seis enfoques, de los cuales, cuatro abordan este criterio en ámbitos comunitarios y uno de ellos en el marco de instituciones prestadoras de servicios de salud. Los otros cinco (5) criterios, son acogidos por cuatro (4) enfoques.

En último lugar, dentro del Grupo III (el último de esta clasificación por rangos), dentro de los criterios más consistentes, recoge siete (7) enfoques que pueden consultarse en la tabla x; y cuatro (4) criterios: 1, 2, 12 y 4. Indagación científica escolar, es el enfoque más compatible con la IS en salud, cuyo porcentaje de compatibilidad es 28%, lo que indica una distancia significativa entre ambos enfoques (mayor del 70%). En este grupo, están, por tanto, los enfoques más lejanos a la IS en salud a partir de los criterios en tanto solo comparten entre sí, cuatro criterios: promoción de la salud y prevención de la enfermedad antes que la cura, accesibilidad a servicios de salud, introducción de nuevas ideas e implementación de estrategias con enfoque de educación en salud.

Dentro de este grupo de los criterios más consistentes, todos los criterios (4) que conforman el grupo, son acogidos por al menos cuatro (4) de los siete (7) enfoques (ver **Tabla 23**).

Tabla 23

Criterios más consistentes para el grupo de enfoques por rango III

Criterios	Enfoques						
	Indagación Científica Escolar (IC)	Ciudadano en el territorio	Innovación En Salud	IT En Salud	Transferencia Tecnológica	Innovación Disruptiva En la Presentación De los servicios De salud	Local Innovative and Productive System (LIPS)

1	Promoción de la salud y prevención de la enfermedad antes que la cura.	✓		✓	✓	✓	*	*
2	Accesibilidad a servicios de salud		✓	✓	✓		✓	*
12	Introducción de nuevas ideas		✓	✓	✓		✓	*
4	Implementación de estrategias con enfoque de educación en salud	✓	✓				✓	*

* No se encuentra información concluyente

En relación a los criterios menos consistentes del tercer grupo, se encuentra que hay un total de 13 criterios y siete (7) enfoques. Siete (7) de los 13 criterios no han sido reconocidos o acogidos por ninguno de los enfoques ubicados en este grupo, tales criterios son: 9, 6, 11, 13, 14, 17 y 15. Dos de estos criterios son muy importantes para el enfoque de IS en salud: interdisciplinariedad e intersectorialidad y la escalabilidad y replicabilidad. Los demás criterios sólo son reconocidos por un máximo de dos (2) enfoques. Ver **Tabla 24**

Tabla 24

Criterios menos consistentes para el grupo de enfoques por rango III

Criterios	Enfoques						
	Indagación Científica Escolar (IC)	Cuidado en el territorio	Innovación En Salud	IT En Salud	Transferencia Tecnológica	Innovación Disruptiva En la Prestación De los servicios De salud	Local Innovative And Productive System (LIPS)
3	Desarrollo local e inclusión de perspectivas	✓	✓				*

Criterios	Enfoques						
	Indagación Científica Escolar (IC)	Cuidado en el territorio	Innovación En Salud	IT En Salud	Transferencia Tecnológica	Innovación Disruptiva En la Prestación De los servicios De salud	Local Innovative And Productive System (LIPS)
socioecológicas de la salud							
5 Participación activa de organizaciones de la sociedad civil y de la comunidad en general		✓				*	*
7 Recursividad, se apoya en recursos existentes como las TIC y hace análisis de costo-beneficio.			✓			✓	*
8 Énfasis en la evidencia científica	✓				✓	*	*
16 Uso de aplicaciones tecnológicas y desarrollos tecnológicos				✓		✓	*
10 Horizontalización de las relaciones de poder con enfoque de género	✓						*
9 Interdisciplinariedad e intersectorialidad							*
6 Sostenibilidad a través del fomento de la participación activa, el empoderamiento y la apropiación social del conocimiento							*
11 Articulación con el modelo de los determinantes sociales de la salud							*
13 Respuesta a necesidades específicas en salud e impacto sobre otras						*	*

Criterios	Enfoques						
	Indagación Científica Escolar (IC)	Cuidado en el territorio	Innovación En Salud	IT En Salud	Transferencia Tecnológica	Innovación Disruptiva En la Prestación De los servicios De salud	Local Innovative And Productive System (LIPS)
problemáticas colectivas							
14 Promoción del progreso humano en entornos sociales							*
17 Escalabilidad y replicabilidad							*
15 Adscripción a políticas de desarrollo social como los ODS, ciudades saludables, entre otras							*

* No se encuentra información concluyente

Para terminar este recorrido descriptivo, puede señalarse que los siete (7) enfoques identificados en el análisis de la muestra, que guardan mayor distancia metodológica y conceptual con la IS en salud son: *IS en salud pública*, *Tecnologías para la inclusión social*, *e-Salud pública centrado en la equidad*, *Indagación científica escolar*, *Cuidado en el territorio*, *Innovación en salud*, *IT en salud*, *Innovación disruptiva*, *Transferencias tecnológicas* y *Enfoque del sistema innovador y productivo*, los cuales corresponden al grupo III.

De manera general, pese a la dispersión entre enfoques que se evidencia en la tabla x sobre grupos de enfoques por rangos de compatibilidad, es posible sugerir que la IS en salud, por su estructura integradora y articuladora de diferentes enfoques a partir de la cercanía entre criterios, podría considerarse como enfoque de referencia para identificar y delimitar iniciativas en salud. Además, la identificación de estos 18 criterios que la describen y caracterizan, hace posible avanzar hacia la delimitación conceptual y metodológica de la IS en salud como proceso o como enfoque.

A partir de estos criterios una iniciativa, propuesta, o proyecto que se desarrolle en ámbitos comunitarios puede ser reconocida en términos de cercanía con la IS en salud según los criterios que cumpla.

Lo anterior, teniendo en cuenta que tal como lo plantea Halpaap, coordinadora de SIHI en la OMS, es posible que muchas intervenciones en salud que están siendo implementadas en comunidades y que podrían calificarse como IS en salud, no están siendo reconocidas como tal, ni sus alcances estudiados, tal vez por el desconocimiento y falta de delimitación de la IS en salud. Esto representa una limitación en cuanto a que la evidencia sobre lo que funciona y lo que no, no está siendo registrada, perdiendo la oportunidad de conocer, compartir, discutir y difundir las lecciones aprendidas de las experiencias e iniciativas (Landrigan et al., 2018).

Este ejercicio de contraste evidencia que, a pesar de la distancia conceptual y metodológica entre los enfoques, de manera general, la constante es que todos desde diferentes perspectivas y motivaciones, están trabajando en pro del mejoramiento de las condiciones de salud de distintos grupos humanos, muchos de ellos con énfasis en el ámbito comunitario. Los diferentes enfoques le apuestan a iniciativas que incluyan algún grado de innovación, mejoren el acceso a los servicios de salud y reconozcan de una manera u otra políticas para el desarrollo. Por último, puede decirse que el identificar los enfoques más alejados conceptual y metodológicamente de la IS en salud contribuye a delimitar la línea difusa que tiende a confundirse con los enfoques de índole tecnológica en salud.

Capítulo V

Hallazgos, Retos y Lecciones Aprendidas en torno a los desarrollos conceptuales y metodológicos de la Innovación Social en Salud en Latinoamérica

Este quinto capítulo plantea una serie de reflexiones a manera de los principales hallazgos, retos y lecciones aprendidas, que a su vez permitan identificar nuevas preguntas que orienten investigaciones que den continuidad a este primer avance como línea de base sobre el tema.

El estudio fue estructurado en cinco capítulos permitió consolidar puntos de discusión que articulados a la pregunta de investigación, logran responder a los objetivos propuestos para el estudio.

A continuación se presenta una descripción general de los principales hallazgos en relación con cada uno de los objetivos del estudio.

5.1 OE1. Identificar la construcción conceptual sobre la IS y sus posibles aplicaciones en salud en Latinoamérica.

1. El concepto base del objeto de estudio en cuestión para esta investigación documental "innovación social" es ambiguo y relativamente nuevo en su aplicación, se identificó que no ha sido indexado en diferentes bases de datos de búsqueda, incluso en tesauros especializados como el de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el del Sistema de Información Bibliográfica de las Naciones Unidas (UNBIS) y el macrothesaurus de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). (Castro Arroyave- Duque)

2. La novedad del concepto IS en salud denota de otro lado que no es ampliamente reconocido o legitimado al menos en igual medida que su término de origen, innovación social.

3. Se identificó que la aproximación latinoamericana a modelos alternativos para mejorar o propiciar la salud y condiciones favorables para ella, se basó principalmente en planteamientos teóricos desarrollados en países de habla inglesa y no fueron identificados elementos propios de la región. Sumado a esto, se identifica que la investigación de las iniciativas en salud de la región predomina también en países de habla inglesa, lo que puede estar relacionado con falta de recursos como de conocimiento para implementar procesos investigativos en las iniciativas.

4. Se señalan tres documentos de la muestra de esta aproximación investigativa que identifican la falta de claridad y delimitación conceptual que dificultan la aplicación del concepto IS en salud. En el artículo “Caracterización de las iniciativas en innovación social para la salud de una Empresa Social del Estado adscrita a la red pública del Distrito”(Rojas, 2015) el autor señala que “en el área de salud no es claro el papel de la innovación social ya que la evidencia científica es escasa”. Por otra parte, Anacona (2017), en el trabajo de grado de maestría “Diseño de una estrategia diferencial para la prestación de servicios de salud de urgencias para la población materna en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E.” de manera general justifica la IS en salud expresando que “la estrategia promueve la innovación social en el sector de la salud, ya que se sincroniza con los objetivos de desarrollo sostenible”, sin embargo no hace ningún avance conceptual del mismo.

Un tercer texto María Elisa Bernal y Dustin Robertson (2014), en el marco de una iniciativa de la CEPAL, “Innovación social en salud: Un aporte al avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio”, hace explícito que no se desarrolló una propuesta conceptual puntual del término limitándose a lo necesario por tratarse de un proceso de convocatoria pero menciona los criterios de selección que la CEPAL: iniciativas novedosas, creativas, replicables y costo-eficientes que solucionen problemas en salud y contribuyan al avance de los ODM y el desarrollo social,

enmarcadas en temáticas como salud comunitaria, educación básica, juventud, nutrición, generación de ingresos, desarrollo rural, responsabilidad social y voluntariado.

5. Las formas de intervención de los enfoques con mayor compatibilidad con la IS en salud, consideran acciones y estrategias que van mucho más allá de la salud desde la perspectiva netamente biológica, dicho de otra forma, se aborda integralmente, valorando más el aspecto de promoción de la salud que el de la prevención de la enfermedad. La salud ahora está siendo vista como la facilitación al acceso a los recursos y oportunidades esenciales para la salud desde el ámbito social, y desde una posición donde la salud está relacionada e interconectada con otras dinámicas sociales que trascienden la dimensión física y biológica del ser humano (Redondo, 2004). Esta nueva visión que hace un acercamiento entre entornos y salud puede contribuir en gran medida a conocer nuevos aspectos del “enfermar” que pueden contribuir potencialmente en la obtención de intervenciones más eficientes, equitativas y sostenibles” según lo expresa Redondo (2004).

6. Se identifica que los diferentes enfoques de la muestra responden a distintos campos de acción tales como el administrativo, tecnológico o el social. En cuanto al último, los enfoques que están interesados en lograr transformación social a partir de intervenciones en salud, o aquellos como la IS en salud y los de mayor compatibilidad con este estudio particular, responden a necesidades de su aplicación en la región responde a las condiciones típicas del contexto latinoamericano tales como dificultad de accesibilidad para comunidades que habitan lugares remotos que deben incurrir en largos viajes cruzando mar o tierra para llegar a los centros poblacionales, comunidades en condiciones de pobreza y en general sin los medios para solucionar problemas relacionados con su salud, y que por ende, enfrentan simultáneamente otras

problemáticas sociales. De acuerdo con lo anterior el tipo de enfermedades que se identifican esfuerzos en investigación son las NTD's o enfermedades desatendidas de la pobreza.

7. Otros enfoques en salud de la muestra documental, que son aplicados en esferas administrativas o del campo de la tecnología, como los son Innovación en salud o IT en salud, quizá han logrado mayores avances en la producción de conocimiento y evidencia a través de sus resultados de investigación, pero a pesar de su eficacia y rigurosidad en la estandarización de sus métodos ha sacrificado la riqueza del tratar de comprender contextos sociales más complejos que también demandan soluciones efectivas relacionadas con la salud. En este sentido se percibe la aproximación que se viene dando en Latinoamérica para resolver sus problemas en salud ya que, aunque no de forma muy versada, se evidencia mayor aceptación de metodologías cualitativas como la etnográfica y fenomenológica, además de métodos mixtos en la investigación que complementan las metodologías netamente cuantitativas (Valentine et al. 2017)

8. Un enfoque que no hizo parte de la muestra, pero que también refleja el nuevo imaginario de la salud, es el de Pensamiento de Diseño para la Innovación Social en Salud, enfoque que asume los problemas de atención médica como desafíos sociales y culturales en lugar de problemas médicos, y donde el diseño centrado en el humano es el punto de partida para explorar los comportamientos y la mentalidad de las personas a través del pensamiento de diseño que contribuyan a mejorar los resultados y atención en salud (Valentine et al. 2017). De manera que se está comprendiendo a la salud y el bienestar como fenómenos complejos que efectivamente demandan enfoques que aporten criterios innovadores en un amplio espectro de servicios.

9. Es importante mencionar que dos documentos arrojados en la búsqueda no correspondieron con el periodo de tiempo establecido, sin embargo, fueron seleccionados considerando la pertinencia de su contenido para los fines de este trabajo de investigación,

aportando el concepto de innovación en salud como comportamientos, rutinas y maneras de trabajar que son enfocadas al mejoramiento de los resultados en salud, la eficiencia administrativa, la relación costo- efectividad y la experiencia del usuario, además complementa que la innovación tecnológica por sí sola no es suficiente (Ruiz) y que las TICS se tratan de herramientas de apoyo para la transferencia y difusión del conocimiento en procesos de transformación social (Amaya). Los dos documentos en cuestión son la tesis de maestría de Margarita María Cruz Amaya del 2012 con el nombre “Auto organización comunitaria para la innovación social y el desarrollo local - Caso Comuna 13, ciudad de Medellín” y el artículo de Carlos Ruiz Ibáñez “Casos de innovación en salud en Colombia: retos y proyectos” también del año 2012”.

10. Los conceptos amplios de salud proporcionados por la OMS, la declaración de Alma Ata, la Carta de Ottawa, son un referente para este nuevo paradigma en salud, que se refieren a un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, reconociendo la salud como un derecho humano fundamental y por tanto también se reconoce el deber de buscar el máximo nivel posible de salud como la meta social más importante a nivel mundial, y para la cual debe asegurarse la participación de otros sectores sociales y económicos en adición al sector salud, además de considerar a la paz, la vivienda, la educación, la generación de ingresos, la alimentación, la justicia social, la equidad y un ambiente o ecosistema sano como prerrequisitos esenciales para la salud.

11. En cuanto a la construcción teórica del concepto IS en salud se identificó vacíos en la manera en que algunos autores se aproximaron al objeto de estudio debido a que en sus elaboraciones evidenció ausencia de argumentación del cómo se relaciona o aplica la IS al campo de la salud. Muchos autores legitiman la IS como enfoque marco sin analizar el concepto o los criterios que le caracterizan y tienden a recurrir a la IS para aplicarlo al campo de la salud sin

concebirlo necesariamente como un enfoque con autonomía conceptual. De otro lado, otro grupo de autores por su parte, se adscriben a enfoques con mayor trayectoria o popularidad, tales como Innovación Tecnológica en Salud, Innovación en Salud e Innovación Social que sin duda cuentan con mayor desarrollo conceptual y metodológico, y por tanto con mayor reconocimiento entre académicos, profesionales, líderes y activistas.

12. Siguiendo este hallazgo, esta investigación no identificó evidencias que señalen que los autores buscarán comprender a mayor profundidad los enfoques que están siendo empleados a través de las iniciativas aplicadas, como tampoco realizar una aproximación profunda en el establecimiento de la relación entre innovación social y salud, esto es quizá una de las razones por las cuales aún no existe una distinción o consenso claro entre innovación social, innovación en salud e innovación tecnológica en salud, ya que es notorio que el emprendimiento en salud se está confundiendo con el enfoque en cuestión, cuando los criterios del emprendimiento social no son completamente compatibles con este enfoque. Además, la IS en salud está siendo confundida con procesos que tienen por finalidad mejorar procesos en salud, que en la mayoría se trata de procesos de orientación administrativa, más no social. De otro lado, las innovaciones tecnológicas en salud, a pesar de que en su mayoría favorecen la accesibilidad de algunos servicios, productos o dispositivos que tienen un gran potencial de mejorar los resultados en salud de las poblaciones, no cumplirían con el gran propósito de la IS en salud que es contribuir al desarrollo o transformación social.

5.2 OE2. Caracterizar y contextualizar la producción teórica y metodológica de la IS en salud para contribuir a su conceptualización como objeto de estudio.

De los 80 textos que finalmente constituyeron el material relevante para el análisis, se obtuvo un panorama general para caracterizar los desarrollos en la región durante el período de

cinco años. Esto indicó qué países de la región estaban produciendo material documental de sus iniciativas más activamente, qué sectores mostraron mayor interés en las innovaciones sociales, qué autores lideraron y parecían tener más conocimiento sobre el tema, y qué instituciones desempeñaron un papel activo en la producción de conocimiento. .

1. Se han publicado iniciativas de innovación social en salud en revistas y libros en 14 países, de los cuales siete están en América Latina y los siete países restantes son Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Suiza, Alemania, España y los Países Bajos. Las Américas y Europa parecen ser los continentes con mayor interés en publicaciones de investigación, y las intervenciones para la transformación social en salud se documentan principalmente en América Latina. (Castro-Arroyave, Duque-Paz, 2020)

2. De las 25 implementaciones colombianas, 11 eran tesis de grado superior, un documento de política pública en relación con la ciencia, la tecnología y la innovación, 11 eran artículos publicados en revistas y capítulos de libros, y dos informes. Si la producción se analiza por número de publicaciones en revistas y libros o capítulos de libros, Colombia y Brasil comparten el primer lugar de producción y México el segundo. Esto sugiere el interés particular de estos tres países en la transformación social en salud y en la construcción de conocimiento en torno a nuevas estrategias para mejorar las condiciones subyacentes que tienen un impacto en la salud.

3. La caracterización de los 80 textos de la muestra documental permitió identificar que, 12 de los 20 países latinoamericanos (60%) están interesados en la aplicación de formas innovadoras de mejorar los servicios, productos y procesos de atención en salud. En estos 12 países se concentró la aplicación de las iniciativas relacionadas con la IS en salud en Latinoamérica: Colombia, Brasil, México, Guatemala, Perú, Argentina, Honduras, Chile, Costa

Rica, Venezuela, Uruguay y Paraguay. Esto quiere decir que son los países de los que emergen o se proponen y desarrollan iniciativas de IS en salud

4. El tipo de documentos recuperados que predominan en este estudio fue el artículo científico. Del total de la muestra (80), 47 son artículos de revistas nacionales e internacionales, los cuales corresponden al 58% del total de la muestra. Seguido por ocho capítulos de libro y nueve tesis de posgrado, lo que corresponde a un aproximado del 10% para cada uno. Hacen parte también del material de estudio, cuatro reportes de resultados de proyectos, con una representatividad del 5% en la muestra, cuatro documentos web (literatura gris), tres conferencias/memoria de evento, dos tesis de pregrado, entre otras con sólo un producto, tales como: libro, editorial y documento de gobierno

5. Colombia y Brasil con 25 y 14 iniciativas aplicadas demuestran que, el interés que tienen estos dos países en mejorar las condiciones de salud de las comunidades es mayor que en el resto de países de la región. Muestra también que ambos países están interesados en construir conocimiento alrededor de nuevas estrategias para el mejoramiento de sus contextos de salud.

6. Podría esperarse que en la muestra, el número de países latinoamericanos que publican sobre el tema sea mayor con respecto a los países no pertenecientes a la región, en tanto los datos epidemiológicos dan cuenta de la apremiante necesidad de conocer mejor su realidad en salud, y también ante la significativa tendencia en potenciar el trabajo comunitario desde las diferentes ciencias sociales y desde la salud pública. Al parecer, el interés se centra en la generación e implementación de iniciativas que buscan resolver necesidades apremiantes y cierta predominancia del enfoque asistencialista que pone en un segundo plano la investigación y la producción académica sobre el tema.

7. La distribución por año de los 80 textos seleccionados a partir de la búsqueda, muestra un ascenso importante a partir de 2015, siendo el año 2016 el de mayor producción relacionada con un total de 20 publicaciones (25% de la muestra). Para los dos últimos años (2017 y 2018), hay un descenso que, aunque poco significativo, es progresivo.

8. De las 36 revistas registradas en el total de la muestra, 29 (80,6%) han sido indexadas en el ranking de Scimago 2018, con una puntuación que fluctúa entre 0.1 y 16, siendo 16 el IF más alto de las revistas que hacen parte de la muestra. Con esta verificación de ranking realizada se identificó que siete, o sea el 19,4% de las revistas no están clasificadas en la plataforma y por lo tanto no cuentan con IF registrado en la base de datos consultada lo que demuestra que el objeto de estudio no ha sido escalado en revistas científicas de alto trayectoria científica.

9. Las iniciativas de innovación social en salud en América Latina se reportaron y publicaron en revistas académicas de 14 países, de las cuales el 50% se implementa en América Latina. Colombia lidera con 25 publicaciones (31.25%) seguido de Brasil con 14 (17.5%), México con seis (7.5%), Perú con tres, Argentina, Honduras y Guatemala con dos y Chile, Costa Rica, Venezuela, Uruguay y Paraguay con Una publicación cada uno. Esto sugiere que en los últimos 5 años, 12 de 20 países latinoamericanos (60%) estaban interesados en la investigación en innovación social en salud o en formas innovadoras para mejorar los servicios o productos para el cuidado de la salud. Sin embargo, es posible que haya otras iniciativas que no se informaron de ninguna forma, incluidos otros países. (Castro-Arroyave, Duque-Paz, 2020)

10. En los 80 textos que configuran la muestra de este estudio, participaron un total de 323 autores, de esto se destaca un avance en el reconocimiento de la participación y autoría de dos comunidades: La comunidad Wayuu de Marbacella y la comunidad Bari de Karikachaboquira.

5.3 OE3. Describir las lecciones aprendidas que a partir de las experiencias en IS en salud han emergido en Latinoamérica.

1. Los enfoques en los textos seleccionados no fueron exclusivos, sino complementarios. Los casos más frecuentes fueron innovación en salud, innovación tecnológica en salud e innovación social, cada uno con 12 publicaciones, con una tendencia creciente en la aplicación de la innovación social como estrategia para el desarrollo social y la mejora de la salud. La innovación social en salud (10) y la ecosalud (7) fueron las siguientes más comunes, reflejando las tendencias actuales en el desarrollo social y de la salud están caracterizadas por la implementación de estrategias integrales y multidimensionales, programas multisectoriales y multidisciplinarios que promueven el valor social y el capital social. Las estrategias e iniciativas están diseñadas para contextos locales complejos que enfrentan condiciones de desigualdad social y vulnerabilidad social. Por lo tanto, los enfoques son valiosos por su interés general en alcanzar los objetivos de los ODS y responder a las necesidades y problemas locales de salud mediante la promoción de relaciones horizontales de poder y una mayor equidad en salud. Nos se

2. Durante el proceso de análisis de la muestra documental fue posible entender que la IS en salud como estrategia, concepto y enfoque se encuentra en construcción, tanto teórica como metodológicamente. Este estudio permitió la identificación de un entramado de aproximaciones que si bien reconocen, también desconocen conceptos y prácticas importantes para considerarse un constructo teórico-metodológico sólido. Por tanto este estudio documental que recoge solo 5 años de trabajo, logró extraer hallazgos preliminares pero enriquecedores para este campo de estudio.

3. Algunas iniciativas de la muestra documental evidencian una perspectiva de la salud que trasciende el modelo biologicista, y que a su vez se identifican con la perspectiva de Salud Social,

tal como el caso del Parque de la Vida, que concibe la salud de una persona en relación con su capacidad de interacción con otros y de prosperar en entornos sociales mediante la promoción y protección de los derechos de la sociedad para mejorar su calidad de vida. Esta iniciativa opera proyectos sociales que comprenden la promoción de la salud, la diversidad sexual y de género, la participación ciudadana, etc., la generación un espacio abierto y creativo que fomentan el encuentro y el diálogo del conocimiento en la ciudad de Medellín. (LASIN, 2017 - parque de la vida. Texto 55 página 177). La salud

4. Otro tema muy importante y diferenciador del enfoque objeto de estudio, es que la comunidad y sus integrantes, no se perciben solamente como unos simples pacientes o sujetos pasivos, en cambio, se reconoce su potencial como agente corresponsable de su propia salud, a través de sus activos individuales, que pueden sumarse a los activos de la comunidad para ser utilizados en la promoción de la salud comunitaria.

5. El enfoque de IS en salud en América Latina adopta diversas estrategias educativas, identifica factores de riesgo, optimiza recursos, promueve la interculturalidad, la innovación, la participación para el empoderamiento de la comunidad y la promoción de la intersectorialidad y la interdisciplinariedad; y a pesar de que la innovación social en salud es un enfoque y categoría conceptual en construcción, claramente puede ser adoptado como referente porque incluye criterios que están pensados y articulados con los propósitos de impacto establecidos desde organismos multilaterales que le apuntan a grandes apuestas como lo desarrollo social y la cobertura universal de la salud.

6. La IS en salud es un enfoque integrador que tiene por propósito garantizar el acceso a los requisitos, recursos y condiciones esenciales para gozar de salud en un sentido más amplio, es decir, este enfoque en construcción parte del reconocimiento del principio de la integralidad, que

postula que la salud como fenómeno social, está “íntimamente” relacionado con otros fenómenos sociales, por tanto las soluciones efectivas en salud demandan estrategias que sobrepasan los límites del predominante y convencional modelo biológico de la salud, considerando que “el campo de la salud es mucho más amplio que el de la atención de la enfermedad” (Franco-Agudelo, 2013).

7. Se reconoce el papel importante que dentro de este proceso juegan los organismos multilaterales en cuanto a la promoción de iniciativas en innovación social direccionadas a “acelerar la cobertura universal de salud y el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.” (Halpaap et al., 2019).

8. Los autores identificaron el criterio característico de la innovación social en salud, en parte también percibido como un criterio para que una intervención tenga éxito, como aquel que contribuye al empoderamiento, promueve el valor social y es propiedad de la comunidad; contribuye al avance de los ODS; contribuye al desarrollo social; y es adaptable y favorece resultados con menos inversión que las alternativas convencionales. Las características de estas iniciativas también incluyen la movilización de la comunidad y la articulación entre sectores. La innovación social en salud es replicable, promueve la participación, incluye procesos de organización comunitaria y tiene el potencial de contribuir al diseño de una política pública. Sin embargo, solo Rojas, en su trabajo en una empresa social del estado conectada a una red pública en el distrito capital de Bogotá, hizo referencia directa a "innovación social para la salud" en el título del documento y en su desarrollo temático.

5.4 Retos y limitaciones

Este aparte toma como eje de discusión cuatro de los criterios característicos de la IS en salud revelados a partir del ejercicio de contraste entre criterios y enfoques realizado en el capítulo anterior, frente a otros planteamientos relacionados que enriquecen la perspectiva hasta ahora construida y amplían la comprensión en cuanto a sus limitaciones y retos.

En este orden de ideas, analizaremos cómo se relacionan entre sí los 4 criterios más representativos de la IS en salud tales como lo son la intersectorialidad, la investigación, la participación comunitaria y la innovación, y profundizar si estos cumplen condiciones de verificación rigurosas que contribuyan a delimitar al enfoque en cuestión, conceptual y metodológicamente de manera que facilite su implementación:

El criterio intersectorialidad es un criterio muy importante puesto que promueve y habilita la inclusión de los demás criterios. El origen de este concepto se remonta al año 1978, en la Declaración Salud para Todos de Alma-Ata, documento que se convierte en un marco en salud que propone promover el acceso a la atención primaria y la equidad en salud a través de un enfoque sistémico que demanda la participación intersectorial y multidisciplinaria en ámbitos comunitarios, reconociendo que es prioritario implementar intervenciones eficaces y costo-eficientes que superan la barrera de la comunicación entre las partes interesadas que participan en las intervenciones en salud, y que en otras palabras, “constituye la barrera más importante para la implementación de los resultados de las investigaciones y su incorporación en el diseño de las políticas públicas” (Godoy-Casabuenas et. al, 2017).

Rhule & Allotey (2020) reconocen el potencial que tienen las iniciativas en IS en salud para resolver efectivamente necesidades insatisfechas de la comunidad, pero señalan que su efectividad y sostenibilidad en el tiempo depende de algunas condiciones asociadas a estos

“criterios de éxito” del enfoque. En esta línea se considera a la intersectorialidad de la mano de la interdisciplinariedad como condición necesaria para garantizar la replicabilidad, escalabilidad y sostenibilidad de la iniciativa. (Castro-Arroyave et. al, 2020)

El criterio participación comunitaria, debe ser evaluado rigurosamente, ya que para su estricto cumplimiento debe haberse originado en la comunidad, en otras palabras debe ser de tipo bottom-up (de base); además, que debe ser claro el tipo de participación de la comunidad, es decir, si esta se da a nivel de sujetos de estudio, a nivel colaborativo o a nivel de coproducción; o si apoya algún proceso o componente puntual de la iniciativa, puesto que la no verificación de estas condiciones no asegura que la intervención genere relaciones de poder equitativas; aún más cuando diferentes actores entran a hacer parte de la intervención y es seguro que unos tengan mayor jerarquía en cuanto a experiencia, influencia, conocimiento, incentivos económicos por su participación, entre otros. Por tanto, este criterio de participación debe ser exhaustivamente evaluado, ya que no se trata de algo laxo, como simplemente considerar que cualquier acto de participación corresponde a lo que se espera por participación comunitaria desde la IS en salud.

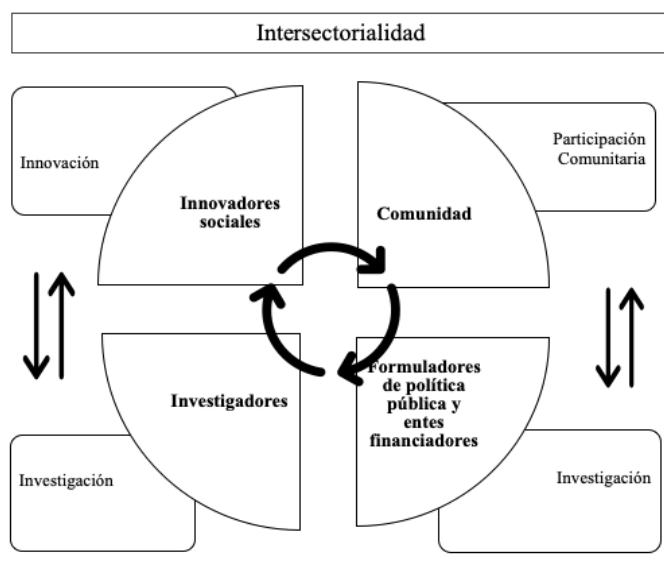
La diáda de criterios investigación e innovación tiene un rol importante ya que son factores críticos para el desarrollo social y económico según postulan los organismos multilaterales y la Unión Europea (Beinare, McCarthy, 2011), y al tratarse de factores críticos es importante considerar los retos que se presentan en el momento en que la investigación se encuentra con la innovación social y la salud. Este reto se plantea a partir de los diferentes intereses entre las partes interesadas, trátase de investigadores, formuladores de políticas, comunidad, innovadores o entes financiadores, ya que a pesar de que trabajan en la búsqueda de soluciones únicas que contribuyan a sistemas de salud más resilientes, no todas le atribuyen el factor de éxito a los mismos criterios,

y cada actor de acuerdo a su deber ser, considerará unos criterios más importantes que otros y esto puede ocasionar interferencia.

Las acciones deben orientarse a lograr convergencia y valorar equitativamente ambos criterios; por ejemplo, no sacrificar la innovación buscada por los innovadores sociales por las necesidades de los investigadores, ni tampoco esperar que los innovadores sociales adelanten una investigación con la misma destreza que un investigador. **Figura15.**

Figura15.

Intersección Criterios Representativos de la IS en Salud e Intereses Principales de las Partes Interesadas



Es necesario reconocer el reto que representa para los innovadores sociales o a las organizaciones civiles, acceder a recursos de financiación cuando esta exigen implementar una investigación en sus iniciativas. La fortaleza de los innovadores sociales nunca ha sido la investigación, ni ha sido parte de sus objetivos de intervención o vocación misional, tradicionalmente su participación en temas de investigación ha estado más relacionada a la asesoría para la creación de agendas de investigación, asesorar comités técnicos que son dirigidos por

gobiernos o universidades y liderar estrategias de recaudación de fondos para proyectos de investigación (Beinare & McCarthy, 2011).

Debería indagarse sobre la percepción que las organizaciones civiles latinoamericanas que se involucran en temas en salud tienen sobre la investigación, para tener información y posibles puntos de partida que faciliten e incentiven la inclusión de este criterio como elemento importante, ya sea a manera de colaboración con investigadores o considerando las necesidades y oportunidades de la investigación en salud pública, (Beinare & McCarthy, 2011) porque perciben que los investigadores pretenden que asuman algunas tareas relacionadas sin estar capacitados para hacerlo, ni disponer del tiempo para ejecutarlas (Rhule & Allotey, 2020).

En contextos como el anterior, los autores Rhule & Allotey proponen la investigación operativa o implementation research IR y la Investigación Participativa basada en Comunidad IPBC o Community Based Participatory Research CBPR, como medios para lograr convergencia, además de replantear la investigación de forma que se interese más en las necesidades reales de las personas y en cómo impactar positivamente la cotidianidad de las comunidades, y no solo en el estado de salud, además de considerar que la cooperación de los investigadores ayuda a lograr un mayor impacto en las políticas públicas. (Beinare & McCarthy, 2011).

Aunque es posible que las naturalezas del ámbito de lo social y de lo científico-investigativo, sean percibidas como temas opuestos, debe comprenderse la importancia de poner simultáneamente sobre la mesa, el conocimiento que aportan los académicos y la experiencia que aportan los innovadores sociales y organizaciones comunitarias, ya que diferentes disciplinas y culturas pueden convertirse en barreras para trabajar con éxito juntos. Por un lado, la cooperación de los investigadores ayuda a lograr un mayor impacto en las políticas públicas, y los investigadores pueden reforzar la evaluación de la efectividad de las iniciativas (Beinare &

McCarthy, 2011), mientras estos valoran las medidas de los resultados de salud, los formuladores de políticas valoran conocer el por qué funciona una intervención y el cómo hacerla sostenible. Por último, para los innovadores los datos que aumentan la eficiencia y maximizan el impacto son útiles (Rhule & Allotey, 2020), en la medida que estos trabajan en áreas de información, políticas, defensa de derechos y provisión de servicios en salud (Beinare & McCarthy, 2011).

Por último, en cuanto al criterio innovación, debe visibilizarse que la integración de las innovaciones en los sistemas de salud es esencial para garantizar la sostenibilidad e impacto. Además de innovar en un sentido que cambia la forma en que se tradicionalmente se han enmarcado los sistemas de salud dentro de entornos clínicos exclusivos, para dar un salto de percepción, a un sistema de salud que incluye comunidades y actores de los sectores público, privado y de la sociedad civil. (Halpaap et al., 2019)

En la actualidad hay más evidencia de investigación en intervenciones privadas a nivel clínico, que en intervenciones sociales a nivel comunitario, a pesar que es en estas últimas donde verdaderamente reside el desarrollo y la superación de los retos estructurales a los sistemas de salud, por tanto debe reconocerse la importancia de la necesidad de condiciones de coexistibilidad y coproducción porque darían cumplimiento al lineamiento propuesto por la OMS de incorporar los hallazgos de la investigación científica en las políticas públicas, en la promoción de la salud y en la atención médica (Godoy-Casabuenas et. al, 2017), y en un segundo frente, también se alinearía a la agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible que promueve elementos para el empoderamiento de las comunidades.

A pesar que cada iniciativa, responde a sus particularidades que la hacen única y las medidas implementadas responden a sus especificidades y necesidades exclusivas, las localidades de América Latina comparten rasgos similares, es necesario, realizar un trabajo de visibilización

de desarrollos metodológicos e identificación de criterios exitosos para la superación de obstáculos en salud, porque esto sería una oportunidad para que otras localidades con problemáticas análogas puedan superarlas más ágilmente gracias al registro, estudio y lecciones aprendidas de experiencias previas para las cuales su efectividad ha sido comprobada.

Ahora bien, conociendo que nuestro panorama regional de la salud está marcado por necesidades apremiantes, el material hallado en la muestra documental no da cuenta de un interés marcado que nazca en la región en cuanto conocer a través de la investigación la situación de la salud en las comunidades. Esto evidencia que es importante fortalecer la investigación de iniciativas en IS en salud en Latinoamérica con miras a develar los contextos menos investigados, ya que, partiendo de lo conocido sobre el acceso y la calidad de la salud en la región, las regiones remotas deben contar con problemáticas similares o con necesidades en salud aún más apremiantes que las que aquí se encuentra y este tipo de hallazgos serían útiles para replicar y escalar en esos lugares.

Esta investigación proporciona una línea de base para otras revisiones sistemática que puedan llegar enriquecer la solidez de la innovación social en salud como enfoque y categoría conceptual.

A manera de reflexión, el trabajo de investigación documental implica un gran esfuerzo para una persona poco experimentada y versada en el tema, pero no es imposible si se procura desde el inicio ser muy cuidadoso, metódico y ordenado. Por tanto, el objetivo de esta sección fue registrar mis lecciones personales aprendidas a través de los momentos de la investigación.

En este sentido, en el primer momento, o etapa inicial, es importante reflexionar sobre todas las variables, recursos, herramientas e implementos generales que se requieran a través de todo el proceso de investigación, para lograr apropiarse del objetivo de investigación. Debe

pensarse muy bien la estructura de los momentos metodológicos en los que se va a desarrollar, y las necesidades que cada momento de la investigación demanda; en otras palabras, el diseño de la investigación es trascendental.

Las lecciones aprendidas en este caso particular responden de manera específica a una investigación documental, que, como cualquier otro tipo de investigación, requiere iniciar con una pregunta de investigación sólida y que sea clara en cuanto a qué se quiere encontrar; ya que este es el momento y no otro, para delimitar y trazar claramente la estrategia de búsqueda, por tanto, establecer unos criterios de inclusión, exclusión y de búsqueda del tema estudiado es una necesidad puntual.

Una manera para establecer estos criterios es hacerse preguntas como ¿cuál es el objeto de estudio? ¿A qué campo de estudio pertenece es objeto de estudio? ¿Qué no es el objeto de estudio? ¿Cuándo tuvo lugar? ¿Dónde sucede? ¿Qué temas u objetos de estudio relacionados pueden ayudar a afinar y delimitar la búsqueda?, y ¿Cuál es la problemática que aborda?

Una vez se haya formulado la pregunta de investigación y se definan los criterios de inclusión y exclusión, es necesario tener establecido cómo y dónde se iniciará la búsqueda. En el caso que la investigación en cuestión trate un tema especializado, y no se conozca mucho sobre el tema, es posible consultar expertos que puedan brindar orientación, y además asesorar el establecimiento de los criterios para la búsqueda, en caso de que no te sientas seguro de haber establecido los criterios correctamente. El experto podrá asesorarte sobre los lugares más comunes para hacer la búsqueda, que usualmente se tratará bases de datos especializadas de acuerdo con el campo científico, repositorios universitarios de universidades afines al tema, bibliotecas universitarias, o bases de datos y motores de búsqueda genéricos.

Una vez definidos los criterios de inclusión, exclusión, búsqueda, y los lugares de búsqueda, se debe elegir la herramienta para almacenar, organizar y registrar el material documental arrojado, lo que más adelante serán las citas. Hacer uso de estas herramientas facilita un acceso organizado y que puede ser categorizado de acuerdo con las funcionalidades disponibles de acuerdo con la herramienta que escojas. Conocer qué herramientas están disponibles puede ser algo útil desde el momento inicial de la investigación para evitar reprocesos, si no se elige una herramienta especializada (EndNote Web, Mendeley, entre otros) se puede elegir por un registro a través de hojas de Excel con categorías pensadas en dar organización a tu registro. Hay otras herramientas especializadas en llevar registros sistemáticos que hagan que tu trabajo final tenga mucha más rigurosidad científica, en la experiencia personal de esta investigación conocí una herramienta que hubiera facilitado mucho más mi trabajo, pero la conocí después haber usado matrices Excel para los registros de la muestra documental.

Este momento es de registro es muy importante porque da solidez a tu estrategia de búsqueda, aquí se debe registrar claramente cada documento que haya resultado de la búsqueda, la fecha en que se recuperó y la base de datos de la que se obtuvo. Si no se tiene cuidado con estas observaciones es posible que más adelante no haya oportunidad de recuperar esta información, lo que significa que puede que tu proyecto de investigación no se considere riguroso, y que además puede representar graves reprocesos de ser necesario recuperar esta información.

Una investigación documental exitosa y bien llevada dependerá de los pasos que usualmente pueden confundirse “por los más sencillos y menos importantes” como los son los pasos anteriormente mencionados, puesto que son el cimiento donde la información empieza a tomar forma y es el momento preciso donde la investigación donde da orden a todas las variables

a ser analizadas a partir de enfoques cuantitativos y cualitativos que te permitirán responder a tu pregunta de investigación.

Con base en la experiencia vivida a través de esta investigación documental, es vital dar orden y lineamientos claros en el primer momento, porque esto facilita de gran manera realizar la lectura intra e intertextual del material documental, además de integrar variables cuantitativas que facilitan desarrollar una caracterización del trabajo que desarrollaste.

Ya para un segundo momento, identificar y registrar las variables de análisis a contrastar es clave porque sin este paso no se puede llegar a entregar hallazgos y presentar reflexiones que van más allá de las encontradas en la muestra.

Referencias

- Amieva, C. (2014). La Problemática del Chagas en la actualidad de Latinoamérica: viejos y nuevos problemas, grandes desafíos. *Revista de Ciencias Sociales*, 62. <https://www.aacademica.org/carolina.amieva/39>
- Anaconda, Z. (2017). *Diseño de una estrategia diferencial para la prestación de servicios de salud de urgencias para la población materna en el Hospital Susana López de Valencia ESE* [Trabajo de grado, Universidad ICESI]. http://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/handle/10906/83317
- Anderson, M., Puetra, S., & Cipolla, C. (2018). *LASIN (Latin American Social Innovation Network): Results and Reflections*. Glasgow Caledonian University.
- Anticona, C., Pajuelo, M., Correa, M., Malpartida, H., Oberhelman, R., Murphy, L., & Paz-Soldan, V.(2015). Diagnostics barriers and innovations in rural areas: Insights from junior medical doctors on the frontlines of rural care in Peru. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1114-7>
- Araujo, S., Medina, M., Figueiró, A., & Potvin, L. (2017). Factores estratégicos para a sustentabilidade de uma intervenção na saúde em nível municipal no Brasil. *Cadernos de Saude Publica*, 33(7), 1-11. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00063516>
- Arias, V., Contreras, J., Chacón, J., Vera, M., Huérfano, Y., Graterol, M., Wilches, S., Rojas, J., Gricano, C., Chacin, M., & Bermúdez, V. (2015). Impresión 3D de estructuras cardíacas: Caso de innovación frugal en sector salud. *Revista Latinoamericana de Hipertención*, 10(4), 91-97. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170249662004>.
- Avella, L., & Parra, P. (2013). *Tecnologías de la información y la comunicación (TICS) en el sector salud* [Trabajo de investigación, Universidad Nacional de Colombia]. <http://www.bdigital.unal.edu.co/11172/1/laurayanethavellamartinez.2013.pdf>
- Ballard, M., Tran, J., Hersch, F., Lockwood, A., Hartigan, P., & Montgomery, P. (2017).

- Supporting better evidence generation and use within social innovation in health in low and middle-income countries: A qualitative study. *PLoS ONE*, 12(1), 1-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170367>
- Basso, A., Barbosa, L., Olschowsky, A., Siniak, D., & Kenes, C. (2017). Caring for crack users: strategies and work practices in the territory. *Revista gaucha de enfermagem*, 37(spe), <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68447>
- Basso, C., García da Rosa, E., Romero, S., González, C., Lairihoy, R., Roche, I., Caffera, R., Da Rosa, R., Calfani, M., Sierra, E., Petzold, M., Kroeger, A., & Sommerfeld, J. (2015). Improved dengue fever prevention through innovative intervention methods in the city of Salto, Uruguay. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 109(2), 134-142. <https://doi.org/10.1093/trstmh/tru183>
- Bender, J., & Carvalho, L. (2018). Telessaúde Enquanto Instrumento de Trabalho do Enfermeiro na UTI Adulto: uma Revisão Bibliográfica. *Journal of Health Sciences*, 20(1), 55-60. <https://doi.org/10.17921/2447-8938.2018v20n1p55-60>
- Beratarrechea, A., Diez, F., Irazola, V., Miranda, J., Ramirez, M., & Rubinstein, A. (2016). Use of m-Health Technology for Preventive Interventions to Tackle Cardiometabolic Conditions and Other Non-Communicable Diseases in Latin America- Challenges and Opportunities. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 58(6), 661-673. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2016.03.003>
- Bernal, M., & Robertson, D. (2014). *Innovación social en salud: un aporte al avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/37194>
- Burza, S., Croft, S., & Boelaert, M. (2018). Leishmaniasis. *The Lancet*, 392(10151), 951-970. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31204-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31204-2)
- Calderón, C., & González, Y. (2014). *Deporvida: innovando desde el deporte ¿Son las Escuelas Populares del deporte del INDER Medellín una propuesta de innovación social? un análisis entre el año 2001 y 2013* [Trabajo de grado, Universidad de Antioquia].

<https://www.inder.gov.co/sites/default/files/2017-12/2.%20deporvida%20escuelas%20populares%20del%20deporte.pdf>

Castillo, A., Corniales, R., Guevara, M., Mazzarri, M., Rattia, J., Karen, F., Alcalá, P., Guerrero, H., & Maruffo, M. (2017). Recorrido de participación social desde el enfoque de Ecosalud para el control de *Aedes Aegypti*. Municipio Mario Briceño Iragorry. Venezuela, 2017. *Comunidad y Salud*, 15(2), 93-101. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375754623012%0ACómo>

Castillo, Y. (2014). *Innovación Social y Desarrollo Local. Competencias Sociales para la Movilización Socio/Cultural y Productiva de las Comunidades del Departamento del Cauca, Colombia* [Tesis doctoral, Universidad del Cauca]. <https://doi.org/10.16526/j.cnki.11-4762/tp.2014.11.051>

Castro, D., & Pinto, B. (2018). *Mosquitiamed: Shortening Distances Through Telemedicine*. <https://socialinnovationinhealth.org/case-studies/mosquitiamed/>

Castro-Arroyave, D., Duque-Paz, L. Documentary research on social innovation in health in Latin America. *Infect Dis Poverty* 9, 41 (2020). <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00659-6>

Caulier, J., Davies, A., Patrick, R., & Norman, W. (2012). Defining social innovation. *A deliverable of the project. he Theoretical, Empirical And Policy Foundations For Building Social Innovation in Europe” (TEPSIE), European Commission–7th Framework Programme, European Commission and DG Research, Brussels.*

Chamas, L., & Niekerk, V. (2017). Centre for the Development of Scientific Research. En *Social innovation in health: case studies and lessons learned from low-and middle-income countries*.

Chamas, L., & Niekerk, L. (2018). *Indigenous Health Agent Professionalization Programme in the Alto Rio Negro Region, Brazil*. <https://socialinnovationinhealth.org/case-studies/indigenous-health-agent-professionalization-programme-in-the-alto-rio-negro-region/>

- Chamas, & Van. (2016). Indigenous Community Health Agents Professionalization Programme. En *Social Innovation in Health: Case Studies and Lessons Learned from Low- and Middle-Income Countries*.
- Chávez, D., Estebanez, M., Ferrero, A., Pelegrin, G., & Villalba, C. (2015). Tecnologías para la inclusión social . Experiencias recientes en Latinoamérica - Technology for social Inclusion . Recent experiences in Latinamérica 1. *Horizontes y desafíos estratégicos para la ciencia en iberoamérica*.https://www.researchgate.net/profile/Maria_Estebanez/publication/303838302_Tecnologias_para_la_inclusion_social_Experiencias_recientes_en_Latinoamerica_-_Technology_for_social_Inclusion_Recent_experiences_in_Latinamerica_1/links/5757173108ae04a1b6b68d96.p
- CSI & LASIN. (s. f.). *What is social innovation?* <https://socialinnovation.org/>
- CRESSI. (2020). *Creating Economic Space for Social Innovation*. A. Nicholls & R. Ziegler (eds.). Oxford.
- Cruz, M. (2012). *Auto Organización Comunitaria para la Innovación Social y el Desarrollo Local Caso: Comuna 13, ciudad de Medellín* [Trabajo de grado, Universidad Pontificia Bolivariana]. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Cuadrado, O. (2014). *Caracterizacion de la Innovacion en el sector salud, Estudio de caso; Empresas Prestadoras de servicios en salud y estetica de la ciudad Cartagena* [Trabajo de grado, Universidad Tecnológica de Bolívar]. <https://biblioteca.utb.edu.co/notas/tesis/0067431.pdf>
- Dextre, C. (s. f.). *Thesaurus (for information retrieval)*. Encyclopedia of Knowledge Organization.
- Díez, J., Rocha, E., Munsberg, G., Peixoto, J., Neutzling, A., Jaime, S., & Schuler, L.(2018). Desarrollo de un sistema georreferenciado para la gestión, movilidad y monitoreo de atención primaria de la salud comunitaria. *Salud Colectiva*, 14(1), 121-137. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1210>
- Díez, J. (2012). Innovaciones en salud y tecnologías: Las cosas claras. *Revista Enfermería CyL*,

4(1), 28-32. <https://doi.org/10.1002/ijc.2910020502>

DNP, Colciencias, & ANSPE. (2013). Bases conceptuales de una política de innovación social. En *Innovación Social y Tecnologías Sociales: Similaridades y Diferencias de Enfoques Políticos*. (p. 20). <http://repositorio.colciencias.gov.co/handle/11146/285>

Farach, N., Faba, G., Julian, S., Mejía, F., Cabieses, B., D'Agostino, M., & Cortinois, A. A. (2015). Stories From the Field: The Use of Information and Communication Technologies to Address the Health Needs of Underserved Populations in Latin America and the Caribbean. *JMIR Public Health and Surveillance*, 1(1), e1. <https://doi.org/10.2196/publichealth.4108>

Finkelman, J. (2015). Innovative community-based ecosystem management for dengue and Chagas disease prevention in low and middle income countries in Latin America and the Caribbean. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 109(2), 89-90. <https://doi.org/10.1093/trstmh/tru201>

Galtung, J. (1969). Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research*, 6, 167-191. <http://www.jstor.org/stable/422690>

Gómez, M., Galeano, C., & Jaramillo, D. (2015). El Estado Del Arte: Una Metodología De Investigación. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 6 (2), 423-442. <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/RCCS/article/view/1469>

Howaldt, J., & Schwarz, M. (2010). *Social Innovation: Concepts, research fields and international trends*. Sozialforschungsstelle Dortmund. <https://dds.cepal.org/redesoc/publicacion?id=2719>

Indarte, S., García, G., & Soto, A. (2017). *Salud: Innovaciones que no sabías que eran de América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Salud-Innovaciones-que-no-sab%C3%ADas-que-eran-de-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe.pdf>

Irrutia, M., & Pinto, L. (2018). An Eco-Health Approach To Fight Chagas Disease In Guatemala And Beyond. En *Comprehensive Health Approach For Chagas Disease In Comapa (Jutiapa, Guatemala)*, Community delivery.

https://socialinnovationinhealth.org/downloads/Case_Studies/SIHI%20LAC_Eco-health%20approach%20for%20Chagas%20Disease_Guatemala_2019.pdf

Landrigan, P. J., Fuller, R., Acosta, N. J. R., Adeyi, O., Arnold, R., Basu, N. (Nil), Baldé, A. B., Bertollini, R., Bose-O'Reilly, S., Boufford, J. I., Breysse, P. N., Chiles, T., Mahidol, C., Coll-Seck, A. M., Cropper, M. L., Fobil, J., Fuster, V., Greenstone, M., Haines, A., ... Zhong, M. (2018). *The Lancet Commission on pollution and health*. *The Lancet*, 391(10119), 462-512. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32345-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32345-0)

Martínez, D., González, N., & Nieto, M. (2018). Emprendimiento social vs innovación social. *Cuadernos aragoneses de economía*, 24(1-2), 119-140. https://doi.org/10.26754/ojs_cae/cae.20141-22640

Martínez, K., & Medina, M. (2013). Transferencia tecnológica en el área de adicciones: El programa de intervención breve para adolescentes, retos y perspectivas. *Salud Mental*, 36(6), 505-512. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000600008

McGowan, K., & Westley, F. (2015). At the root of change: The history of social innovation. En *New frontiers in social innovation research* (pp. 52-68). Springer International Publishing.

Monteiro, A., Galindo, A., & Soares, T. (2017). Fitoterapia na Amazônia: A Experiência do Estado do Amapá-Brasil. *Desenvolvimento E Meio Ambiente*, 40, 399-420. <https://doi.org/10.5380/dma.v40i0.43655>

Mosquera, T., Del Castillo, S., Cuéllar, D., & Rodríguez, L. (2017). Breeding Differently: Participatory Selection and Scaling Up Innovations in Colombia. *Potato Research*, 60(3-4), 361-381. <https://doi.org/10.1007/s11540-018-9389-9>

Moulaert, F., & Mehmood, A. (2011). Spaces of social innovation. En A. Pike, A. Rodriguez-Pose, & J. Tomaney (Eds.), *Handbook of Local and Regional Development* (p. 221).

- Moulaert, Frank. (2013). *The International Handbook on Social Innovation: Collective Action, Social Learning and Transdisciplinary Research* (Frank Moulaert, D. MacCallum, A. Mehmood, & A. Hamdouch (eds.)).
- Mulgan, G., Tucker, S., Ali, R., & Sanders, B. (2007). *Social innovation: what it is, why it matters and how it can be accelerated*. <https://www.youngfoundation.org/publications/social-innovation-what-it-is-why-it-matters-how-it-can-be-accelerated/>
- Murray, R., Caulier-Grice, J., & Mulgan, G. (2010). *The open book of social innovation. National endowment for science, technology and the art*. The Young foundation.
- Naciones Unidas. (1948). *Declaración universal de derechos del hombre*.
- NESTA. (2008). *Transformers: How local areas innovate to address changing social needs*. <https://youngfoundation.org/wp-content/uploads/2013/02/Transformers-How-local-areas-innovate-to-address-changing-social-needs-January-2008.pdf>
- Navarro, M., Pereira, R., & Filho, D. (2016). Sustainability of an innovative school food program: A case study in the northeast of Brazil. *Ciencia e Saude Coletiva*, 21(6), 1899-1908. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.08752016>
- Niekerk, V., Chater R, Naydenova, E., Lim, J., Chamas, L., Manderson, L., Gilson, L., Peeling, R., Hartigan P., & Bonnici, F. (2017). *Social innovation in health: case studies and lessons learned from low-and middle-income countries*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259187/9789241513098-eng.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para Promoción de la Salud. En *Una Conferencia internacional sobre la promoción de la Salud*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). Declaracion De Alma-Ata. *Conferencia*

Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978, 8-10.

Pérez, P. (2016). La construcción de territorio solidario a partir de un enfoque psicosocial desde la atención primaria en salud (APS) y la autogestión comunitaria en la comunidad de Nuevo Occidente, Medellín, Colombia, Sudamérica. En *El poder de actuar de las cooperativas Textos escogidos de la convocatoria internacional de artículos científicos*. Universidad Cooperativa de Colombia.

Phills, J., Deiglmeier, K., & Miller, D. (2008). Rediscovering Social Innovation. *Stanford Social Innovation Review*, 6(4), 34-43.
https://ssir.org/articles/entry/rediscovering_social_innovation

Pinto, L., & Famer, C. (2016). Inovações na atenção primária em saúde: O uso de ferramentas de tecnologia de comunicação e informação para apoio à gestão local. *Ciencia e Saude Coletiva*, 21(5), 1433-1448. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.26662015>

Pinto, L., & Urrutia, M. (2018). *Comprehensive Health Approach For Chagas Disease In Comapa (Jutiapa, Guatemala)*.

Pol, E., & Ville, S. (2009). Social innovation: Buzz word or enduring term? *Journal of Socio-Economics*, 38(6), 878-885. <https://doi.org/10.1016/j.socec.2009.02.011>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>

Puerta, S. (2018). Park Of Life. En *Latin American Social Innovation Network Results and Reflections*.

Reina, E., Centenera, M., & Torrado, S. (25 de noviembre de 2018,). América Latina, la región más letal para las mujeres. *El País*. https://elpais.com/sociedad/2018/11/24/actualidad/1543075049_751281.html

Restrepo, J., Martínez, E., & Ruiz, A. (2017). Medellín y el sueño de Ciudad Saludable:

construcción técnica y colectiva. *Revista de salud publica (Bogota, Colombia)*, 19(1), 24-31.
<https://doi.org/10.15446/rsap.v19n1.50120>

Rodríguez, D., Mertens, F., Zúniga, C., Mendoza, Y., Yoshio N., & Monroy, M. (2016). The Role of Gender in Chagas Disease Prevention and Control in Honduras: An Analysis of Communication and Collaboration Networks. *EcoHealth*, 13(3), 535-548.
<https://doi.org/10.1007/s10393-016-1141-9>

Rojas, A. (2015). *Caracterización de las iniciativas en innovación social para la salud de un empresa social del estado adscrita a la red pública del Distrito* [Trabajode investigación, Corporación Universitaria Iberoamericana].
[https://repositorio.ibero.edu.co/bitstream/001/593/1/Caracterización de las iniciativas en innovación social para la salud de un empresa social del estado adscrita a la red pública del Distrito.pdf](https://repositorio.ibero.edu.co/bitstream/001/593/1/Caracterización%20de%20las%20iniciativas%20en%20innovación%20social%20para%20la%20salud%20de%20un%20empresa%20social%20del%20estado%20adscrita%20a%20la%20red%20pública%20del%20Distrito.pdf)

Ruíz-Ibáñez, C. (2012). *Casos de innovación en salud en Colombia: retos y proyectos*. 10-21.

Saravia, N., & Nicholls, R. (2006). Leishmaniasis: un reto para la salud pública que exige concertación de voluntades y esfuerzos. *Biomédica : revista del Instituto Nacional de Salud*, 26 Suppl 1(1), 7-9. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v26i1.1493>

Scimago. (s. f.). *Scimago Journal & Country Rank*. <https://www.scimagojr.com/>

Social innovation in health initiative. (2018). *How to guide: Identifying innovations through open nomination calls*.

Trujillo, T., Domínguez, S., Ríos, M., & Hernández, M.(2017). Prevalencia del virus del papiloma humano en mujeres con citología negativa. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 43(1), 1-13. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000100017#:~:text=Prevalencia%20en%20mujeres%20con%20citolog%C3%ADa,estima%20entre%2010%20y%2012%20%25.

Vélez, M., Chavarro, D., Hernández, A., Niño, A., Galo, E., & Montenegro, I. (2018). *Libro verde 2030. Política Nacional de Ciencia e Innovación para el Desarrollo Sostenible*. Bogotá:

Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación.
https://www.autonoma.edu.co/sites/default/files/libro_verde_2030.pdf

Vélez, O., & Galeano, M. (2002). *Investigación Cualitativa: Estado del Arte* (88 pp). Universidad de Antioquia Facultad de Ciencias Sociales y Humanas (CISH).

Villa, L., & Melo, J. (2015). Panorama actual de la innovación social en Colombia.

Westley, F., McGowan, K., & Tjörnbo, O. (2017). The history of social innovation. En *The Evolution of Social Innovation Building Resilience Through Transitions* (p. 288). Edward Elgar Publishing.

Westley, F. (2008). Renewal and resilience: the role of social innovation in building institutional resilience. *African health sciences*, 8 Suppl 1. <https://doi.org/10.4314/ahs.v8i3.7095>

Westley, F., & Antadze, N. (2010). Making a difference: Strategies for scaling social innovation for greater impact. *Innovation Journal*, 15(2), 1-19.
<https://pdfs.semanticscholar.org/8ae1/8a04b3f596783ecadf368adb41143cf40942.pdf>

Wikipedia. (2005). *Social Innovation*. https://es.wikipedia.org/wiki/Innovación_social