

Perspectiva Latinoamericana del Modelo Conceptual Conocimiento en Acción de Knowledge Translation Latin American Perspective of Conceptual Model Knowledge into Action in Knowledge Translation

Ivone Evangelista Cabral^{1*} <http://orcid.org/0000-0002-1522-9516>
Cristiane Cardoso de Paula² <http://orcid.org/0000-0003-4122-5161>

¹Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

²Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Universidade Federal de Santa Maria. Rio Grande do Sul. Brasil.

*Autor para la correspondencia: icabral444@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El vacío entre lo que se sabe y lo que se hace es complejo para la toma de decisiones ante las demandas de la práctica diaria de atención a la salud de las personas, familias y comunidades. En ese sentido, la *traducción del conocimiento* puede ser una estrategia de transformación del conocimiento en acción con la participación del usuario del sistema de salud.

Objetivo: Reflexionar acerca del significado, las potencialidades y límites de aplicación del modelo conceptual conocimiento en acción de la estrategia de *traducción del conocimiento* para transferir conocimientos científicos para el campo de la salud y enfermería.

Métodos: Análisis teórico-reflexivo del modelo conceptual de traducción del conocimiento en acción, editado por expertos del área de la salud, de acuerdo con la definición del Instituto Canadiense de Investigación en Salud y adoptado por la OMS y EVIPNET, con aplicación en países latinoamericanos. Esa reflexión fue dividida en tres ejes: significado; modelo conceptual y aplicación en la práctica.

Conclusiones: Algunas propuestas de transformación del conocimiento en acción y justicia social han empezado a considerarse en América Latina, tanto en la política como en la práctica clínica. En el campo de la enfermería hay una creciente aplicación del modelo de traducción del conocimiento a la acción, con la utilización de diferentes enfoques de investigación para integrar a los participantes para la producción de nuevas prácticas más eficiente, efectiva, eficaz y segura.

Palabras clave: investigación en Medicina Translacional; práctica clínica basada en la evidencia; justicia social; sistemas de salud.

ABSTRACT

Introduction: The gap between what is known and what is done makes decision making very complex in front of the daily demands of the health care practice of individuals, families and communities. In this sense, the Knowledge Translation

can be a strategy for transforming knowledge into action with the participation of the user of the health system.

Objective: present the meaning of Knowledge Translation; describe the model of Knowledge Translation for the transformation of knowledge into action; reflect on the potentialities and limits of application of this model in the transfer of knowledge for health area and nursing practice.

Methods: theoretical-reflexive analysis of the conceptual model of knowledge translation into action, edited by health experts, according to the definition of the Canadian Institute of Health Research and adopted by the WHO and EVIPNET, with application in Latin American countries. That reflection was divided into three axes: meaning; conceptual model; and application in practice.

Conclusions: Some proposals for the transformation of knowledge into action and social justice have begun to be considered in Latin America, be it in politics or in clinical practice. In the field of Nursing, there is a growing application of the translation model of knowledge in action, with the use of different research approaches to integrate participants for the production of new practices more efficient, effective, efficacious and safe.

Keywords: Translational Medical Research; Evidence-Based Practice; Social Justice; Health Systems.

Recibido: 10/11/2018

Aceptado: 12/02/2019

INTRODUCCIÓN

Las demandas del día a día asistencial provienen de los cambios tanto epidemiológicos como tecnológicos para atender las condiciones de salud, lo que repercute en la complejidad de la decisión clínica ante el incremento de la producción del conocimiento científico. Por medio de la Práctica Basada en Evidencias, se espera que el enfermero seleccione la mejor evidencia y lie su experiencia a las características del servicio y del usuario (valores, determinantes, condiciones de salud y situación clínica), reduciendo las posibilidades de resultados negativos.⁽¹⁾ Por evidencia científica se comprende información que presentan algún nivel de prueba con base en los métodos establecidos y reconocidos por la ciencia.⁽²⁾

Se considera que existe un vacío entre lo que se ha producido y lo que se ha convertido en práctica en salud o política. Es necesario reconocer que la publicación de los resultados de la investigación es solo una parte del proceso de investigación, pues muchas veces ni participantes de investigación ni tomadores de decisiones (sean profesionales y/o administradores) se benefician con estos resultados. Los tomadores de decisiones son aquellas personas que asumen la responsabilidad por la creación e implementación de las mejores políticas públicas de salud, para ello deben sostener sus decisiones en las mejores evidencias científicas.^(3,4)

Este uso sistemático representa un desafío para profesionales y gestores de los servicios; y en la formulación de políticas de salud desafía a las organizaciones, gubernamentales o no.^(5,6,7) En correspondencia, esta debería ser una prioridad en el campo de la salud, sin embargo existen dudas si profesionales y gestores

entienden su necesidad y si hay apertura para el cambio del modelo de lineal, mayoritariamente vertical y biomédico, de vincular los resultados de las investigaciones en el aporte para la toma de decisión.⁽⁸⁾ No obstante, la comunidad científica ha mostrado interés en entender la complejidad de la transformación.^(9,10)

Es en el campo de la práctica que las formulaciones teóricas emergen y precisan retornar para la práctica. Por ello, se necesita de un proceso de des-abstracción, de modo que sea ajustable a las condiciones de la práctica.⁽¹⁰⁾ Esta transformación requiere un ejercicio de coproducción colectiva, con participación activa de los investigadores y de los profesionales, de modo interdisciplinario, para entregar el saber a la toma de decisión, transformativa consensuada, en la práctica o en la política, lo cual es de responsabilidad compartida, donde se necesita mantener principios de apertura y transparencia.⁽¹¹⁾ Sin embargo, la transformación del conocimiento en la práctica no ha ocurrido de manera efectiva, eficiente, eficaz y segura.

Uno de los compromisos universales y al mismo tiempo uno de los desafíos globales, es contribuir a una sociedad informada, de modo que el conocimiento promueva la ciudadanía, justicia social y mejore la vida de las personas, familias y comunidades humanas.⁽¹⁰⁾ En países con sistemas universales de salud, como Australia, Canadá y el Reino Unido, se ha avanzado en la formulación de propuestas novedosas para la transformación del conocimiento en acción. Algunas de estas propuestas también han empezado a considerarse en América Latina, como por ejemplo en Brasil.⁽¹¹⁾

En tal sentido el *Knowledge Translation* es una estrategia para que el conocimiento generado con las investigaciones se mueva más allá de la publicación en las revistas científicas.

El objetivo del artículo es reflexionar acerca del significado, las potencialidades y límites de la aplicación del modelo conceptual de conocimiento en acción de la estrategia de traducción del conocimiento para la transferencia del conocimiento para el campo de la salud y enfermería.

MÉTODOS

El artículo de reflexión parte del Modelo conceptual de traducción del conocimiento en acción, propuesto por Straus, Tetroe y Graham, editores del libro *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice*.⁽¹²⁾ Se realiza un análisis teórico-reflexivo de este modelo conceptual que fue adoptado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y por la Red para Políticas Informadas por Evidencias (Red EVIPNET) como “traducción del conocimiento”, con aplicación en países latinoamericanos.

La EVIPNet Américas⁽¹³⁾ se lanzó en julio del 2007 cuando delegados de nueve países (Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, EUA-MEX Border Office, Paraguay, Perú, Trinidad & Tobago) se reunieron con técnicos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y un grupo de apoyo internacional para discutir sobre la implementación de la Red EVIPNet.

Los objetivos de esa red son promover dispositivos nacionales para proporcionar el uso cotidiano de las evidencias, logradas a través de investigaciones, para respaldar el proceso de toma de decisiones; aportar una fuente fidedigna y confiable de evidencias científicas en consideración a las necesidades locales y

orientar el mejor uso de los recursos regionales a través del desarrollo de redes entre los países, usando como punto de partida redes locales.⁽¹¹⁾

En Brasil, por ejemplo, la Red EVIPNet pasó a promover la institucionalización del uso de las mejores evidencias en la formulación, implantación y evaluación de políticas en los diferentes niveles del sistema público de salud.⁽¹¹⁾ La Red recomienda las siguientes estrategias: a) que el lenguaje usado en la producción y síntesis de las evidencias sean adaptadas para públicos diferentes; b) que el uso del lenguaje periodístico y otras formas de comunicación diseminen el conocimiento científico a través de plataformas online y c) que se promueva la integración entre investigadores y tomadores de decisión. Actualmente, hay núcleos en funcionamiento, una plataforma digital para diseminación de las síntesis de evidencias, capacitaciones online para uso de la herramienta SUPPORT y libros para descargar abordando la TC.

El artículo de reflexión tiene como motivación actualizar la primera publicación de *knowledge translation* en un capítulo de un libro.⁽¹⁴⁾ En dicho libro se destaca que Traducción del Conocimiento (TC) es un dispositivo innovador pensado para suscitar el uso sistemático de investigaciones en la salud de la más alta calidad (evidencias) en la formulación de políticas de salud en el país.

Por lo tanto, la reflexión fue dividida en tres ejes: significado de traducción del conocimiento; modelo conceptual y aplicación en la práctica de la salud y de la enfermería.

DESARROLLO

Traducción del conocimiento: significado

El término *knowledge translation (KT)* fue presentado por el *Canadian Institute for Health Research (CIHR)*⁽⁶⁾ y traducida por la Organización Mundial de la Salud (OMS)^(5,15) como Traducción del Conocimiento. El significado adoptado por la OMS es lo mismo del CIHR, o sea, "la síntesis, el intercambio y la aplicación del conocimiento por parte de los partes interesadas para acelerar los beneficios de la innovación global y local en el fortalecimiento de los sistemas de salud y para mejorar la salud de las personas".

En este sentido, el conocimiento emergente de investigaciones tiene potencial para expandir horizontes y crear un impacto en la vida de las personas. Esta institución defiende que el TC forma un puente entre lo que sabemos y lo que hacemos (investigación en acción).

La TC es poco explorada y poco presentada en las revisiones sistemáticas. Destaca además que, desde el punto de vista clínico, informaciones sintetizadas son óptimas, pues ahorran tiempo valioso; sin embargo, los resultados de las investigaciones necesitan ser traducidos a la población, "de manera consistente y satisfactoria".^(15,16) Las evidencias por sí solas no son suficientes para la toma de decisión. La TC emerge como un modelo para responder al desbalance que hay entre la teoría y la práctica y con ello superar el vacío del conocimiento existente entre ambos.

No obstante, en lo que se refiere al significado de TC, hay una tendencia hacia el uso del término movilización del conocimiento (*knowledge mobilization*) que trasciende la diseminación de la información, su vía es compartida. Se incorpora la participación del usuario final de la información y se construye con él. La evidencia no es exclusiva de la investigación, sino también de la experiencia de

las personas familias y comunidades, para que el conocimiento forme parte de un diálogo, una co-construcción. Existe una gran influencia de las ciencias sociales, por lo que el conocimiento se entiende en una esfera multifacética en la que coexisten varias maneras de ser producido. Con el compromiso activo del usuario de la información, los investigadores clarifican que la sostenibilidad y el mantenimiento de la información tienen mayor efectividad que la TC debido a la importancia dada a la naturaleza sociológica de las informaciones.^(17,18,19,20)

Es importante resaltar que, a pesar de la TC haber surgido en un contexto paradigmático positivista, su uso ha variado de acuerdo con la filiación ideológica de los investigadores. De ahí que la movilización incluye la disseminación, la transferencia y la traducción.

Modelo de la Traducción del Conocimiento para la transformación del conocimiento en acción

Se proponen que la TC sea desarrollada según dos movimientos cíclicos, al centro el ciclo de la creación del conocimiento (*Knowledge creation*) y externamente el ciclo de acción (*Action cycle*) (Fig. 1).⁽¹²⁾

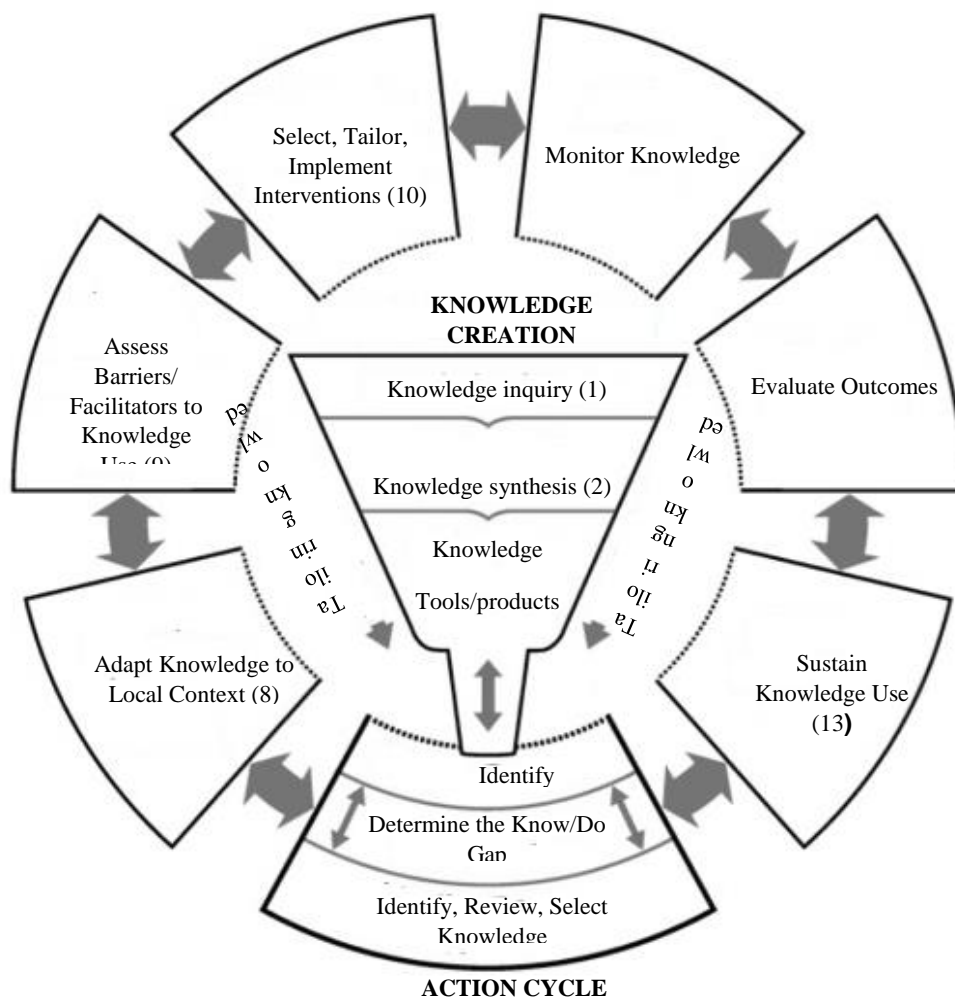
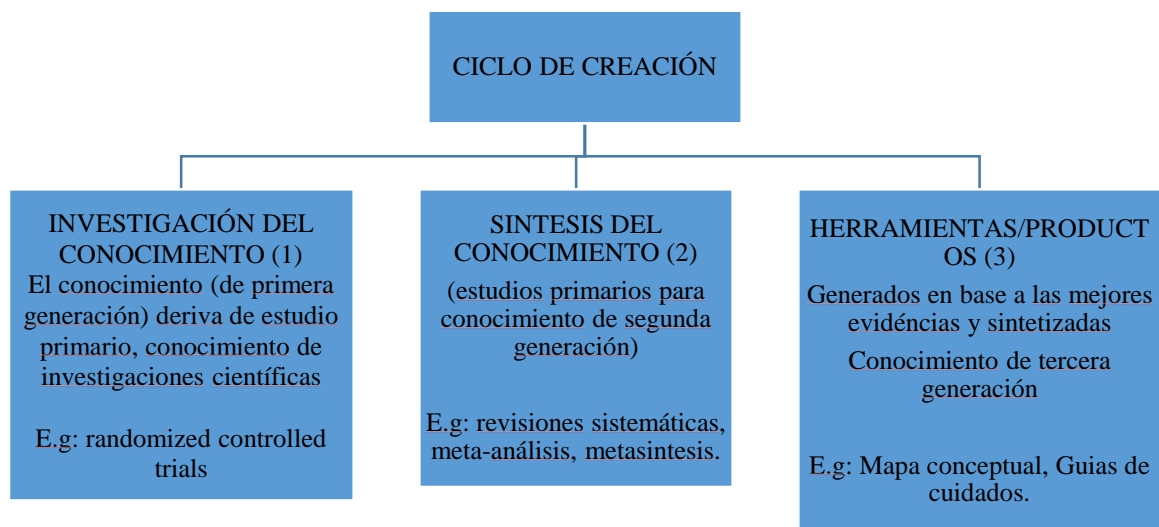


Fig. 1- Modelo conceptual de traducción del conocimiento a acción de Straus y otros (2013).

La figura 1 ilustra la creación de conocimiento y las principales fases de acción que componen el modelo de traducción del conocimiento. La estructura del conocimiento para la acción se puede utilizar de varias maneras y el ciclo de la creación puede integrarse en la aplicación del conocimiento, por ejemplo, el vacío puede ser la aplicación de una herramienta ya creada, por lo tanto, ciclos independientes.

En la figura 2 se presenta un esquema con la traducción de cada elemento del ciclo interno de creación del conocimiento; mientras la figura 3 para el ciclo de acción, que es correspondiente a la aplicación de la herramienta o producto generado.

Integrada a la estructura del modelo conceptual de conocimiento-a-acción está la necesidad de considerar a las partes interesadas, o sea, los usuarios finales del conocimiento para quien se destina lo que está siendo implementado. Una de las categorías de TC es el traducción integrada de conocimientos (*integrated knowledge translation - iKT*), en el que el usuario participa desde el inicio del proceso y en él permanece en todas las fases siguientes.⁽¹²⁾



4. Articulación del conocimiento

Fig. 2- Traducción libre del contenido de las fases del ciclo de creación.

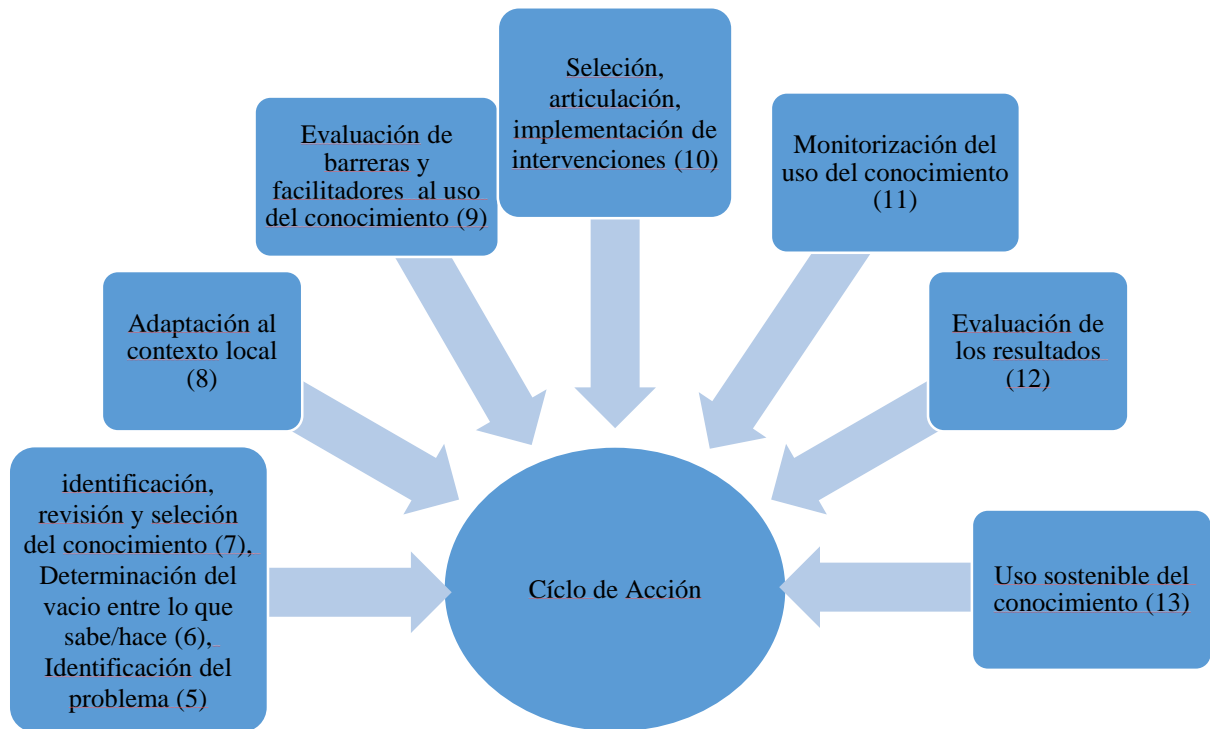


Fig. 3- Traducción libre del contenido de las fases del ciclo de acción.

Por lo tanto, el modelo conceptual no condiciona al uso de un enfoque metodológico, herramienta de producción o técnica de análisis de datos, pero guarda coherencia con el enfoque participativo. La *iKT* consiste en cada etapa del proceso de investigación sea una oportunidad de colaboración significativa de los usuarios del conocimiento, que incluye el desarrollo o perfeccionamiento de la pregunta de investigación, la elección de la metodología, la implementación de la recolección de datos, la selección de herramientas, las medidas de resultados, la interpretación de los hallazgos, la elaboración de mensajes y la diseminación de los resultados.

Tanto el ciclo de creación como el ciclo de acción son determinados por la identificación del problema. El punto de partida para el proceso de la TC es la identificación del vacío del conocimiento a la acción, es decir, identificar el vacío que existe entre la evidencia y la práctica o una política pública, para el cual se intentará crear estrategias que traigan soluciones de cuestiones específicas. Para eso, en la búsqueda del conocimiento producido hasta entonces se desarrolla la revisión (búsqueda, identificación y selección) de evidencias científicas y la descripción/análisis del conocimiento generado con las evidencias. Así se determina el conocimiento/vacío para elegir y delimitar el fenómeno a ser estudiado.⁽¹²⁾

A partir de la identificación del problema, se iniciará el movimiento para transformar el conocimiento científico en acción. Es esencial valorar la participación del público del conocimiento para invertir tiempo y recursos en problemas reales. Durante cada fase de la TC, el investigador adapta las actividades a las necesidades de los usuarios finales del conocimiento.

El ciclo de la creación del conocimiento se estructura en un diseño de adaptación del conocimiento, dentro de un triángulo invertido (*knowledge creation funnel*). Para ello se tiene en cuenta tres fases: a) en la base más amplia, investigar el conocimiento (*knowledge inquiry*), b) en el centro, sintetizar el conocimiento

(*knowledge synthesis*) y c) en la punta, las herramientas/productos del conocimiento (*knowledge tools/products*).⁽¹²⁾

La fase de investigación del conocimiento se refiere al conocimiento de primera generación (investigación empírica). Mientras que la fase de síntesis del conocimiento se refiere al conocimiento de segunda generación. O sea, la síntesis del conocimiento de los estudios primarios, que consiste en condensar los resultados de investigaciones en el tema de interés, de forma que sean accesibles a los diversos públicos (profesionales de la salud, gestores y pacientes) para que puedan decidir qué conductas/acciones de salud adoptar. Esta fase está representada por la divulgación de las revisiones sistemáticas con el fin del metaanálisis o la meta síntesis.⁽¹²⁾

La síntesis del conocimiento implica hacer un amplio levantamiento de la producción científica sobre un tema específico a ser traducido, pues la utilización de apenas una fuente puede resultar un sesgo. Así, se necesita hacer el panorama global de los resultados de estudios en la unidad a ser traducida. La síntesis amplía las posibilidades de abordaje del tema y favorece la traducción. Se sugiere la conducción de una revisión sistemática a partir de una pregunta específica, con el desarrollo de un protocolo que contenga: criterios de inclusión y exclusión, estrategias de búsquedas, formas de extracción de datos y evaluación con exactitud y sintetizar los resultados cualitativa y cuantitativamente con base en interpretaciones y discusiones relevantes y aplicables a aquellos estudios.^(21,22)

Finalmente el resumen de los resultados apunta a cuál (es) son la (s) mejor (es) decisión (es) a ser tomadas por las personas. Este proceso de síntesis es generalmente realizado por especialistas, y puede idealmente contar con la participación del público desde la identificación del problema de investigación. Cuando el público participa desde el principio, es más probable que una necesidad colectiva sea identificada, lo que favorece la transformación del conocimiento en acciones que fortalecen el sistema de salud.^(12,23,24)

En la fase de las herramientas del conocimiento se crean productos para guiar las prácticas de cuidado en salud junto a la población, como, por ejemplo, las pautas o protocolos, sitios *web*, algoritmos, materiales educativos, entre otros. Se refiere, además, a la traducción de la evidencia para informar a la población las opciones de cuidado que promuevan la salud o el enfrentamiento de problemas de salud. De la misma manera, aclaran los beneficios y maleficios de las opciones y orientan la toma de decisión de forma consciente lo que puede aumentar su participación en el proceso de cuidar en salud. Las herramientas/productos del conocimiento forman parte del delineamiento del conocimiento, una vez que la síntesis proporciona la singularidad de las informaciones, para responder a la demanda de traducción de los hallazgos de investigación científica a un lenguaje que pueda ser comprendido por los usuarios y tomadores de decisión. Además, esa etapa incorpora las directrices existentes para que se identifiquen vacíos en los materiales disponibles. Así, se hace un análisis del conocimiento disponible para identificar sus límites y posibilidades para la TC.^(25,26)

Las fases de la creación del conocimiento pueden influir en las fases de la acción en varios puntos del ciclo, incluyendo los procesos necesarios para implementar el conocimiento en los ambientes de la atención de salud. Este ciclo es continuo y constantemente delineado para que la TC ocurra efectivamente.

El ciclo de acción o aplicación (*knowledge-to-action*)⁽¹²⁾ es el proceso por el cual el conocimiento es implementado. Es un proceso dinámico e interactivo cuyas flechas están apuntadas en las dos direcciones - una fase informa a la otra y el

giro del embudo de la creación del conocimiento, potencialmente, está informando cada fase.

Este ciclo se estructura en siete fases, que pueden ocurrir secuencialmente o simultáneamente: d) identificar, revisar y seleccionar conocimiento; e) adaptar el conocimiento al contexto local; f) evaluar las barreras al uso del conocimiento; g) seleccionar, adaptar e implementar intervenciones; h) monitorear el uso del conocimiento; i) evaluar los resultados o el impacto del uso del conocimiento; h) mantener el uso del conocimiento.

En la fase de identificar, revisar y seleccionar conocimiento, es el punto de partida para la implementación. El investigador puede utilizar diferentes métodos y técnicas, siempre que involucre activamente al público del conocimiento. Esta identificación puede ocurrir desde la perspectiva del usuario, del profesional, del administrador, en fin, la selección de los participantes dependerá de la coherencia con la población objetivo del conocimiento.⁽¹²⁾

La fase de adaptar el conocimiento al contexto local es necesaria pues diferentes contextos presentan multiplicidad de condiciones socioeconómicas y políticas para la viabilidad de estrategias resolutivas. Para ello, esa adaptación implica un proceso sistemático y participativo para que la evidencia tenga mayor aplicabilidad en la práctica. Adaptar el conocimiento al contexto que será aplicado promueve la aplicabilidad del material, la calidad de esa traducción y auxilia en la transformación de la realidad antes instalada. Se observa que hay más inversión en la creación de herramientas/productos que en la adaptación para el uso. Se destaca que, al igual que se consideran los usuarios finales del conocimiento, se necesita considerar el contexto (local) del uso. En el proceso de adaptación se debe considerar las necesidades específicas, prioridades, legislación, política y recursos en el escenario objetivo de la aplicación.⁽¹²⁾

Para ello, es necesario un compromiso tanto del investigador como de los usuarios para: 1) preparación, 2) adaptación y 3) finalización. Primero, la preparación involucra la organización de un equipo que determina el alcance y el plan de trabajo. El equipo elige un tema con el uso de criterios preestablecidos, comprueba si la adaptación es viable e identifica los recursos y las aptitudes necesarias al escribir el plan para traducir el conocimiento generado con la síntesis de las evidencias. Entonces, la adaptación determina la propuesta, es decir, el destinatario, la intervención y la aplicación; se procede a la búsqueda de materiales que fomenten la traducción (revisiones sistemáticas, directrices, manuales, etc.), la decisión y la selección del material que debe ser adaptado, preparando el primer borrador de la directriz adaptada. En todas las etapas del proceso se promueve la inclusión del usuario. En la finalización se realiza la revisión externa, consultoría a las organizaciones profesionales relevantes y especialistas y el plan de mantenimiento del material producido y su producción propiamente dicha.^(24,25)

La fase de evaluar las barreras al uso del conocimiento están entre los más importantes elementos a ser considerados en el ciclo de acción. Se observa que un mismo elemento (también denominado como determinante) puede ser una barrera o facilitadora. Entre los elementos están, por ejemplo, conocimiento (conciencia, familiaridad, entre otras); actitudes (interpretación de la evidencia, aplicabilidad, practicidad, costo-beneficio, autonomía, entre otras); comportamiento (factores asociados al paciente o usuario, toma de decisión compartida como una innovación, al ambiente). Existen instrumentos para

evaluar barreras y facilitadores. Se puede utilizar tanto método cuantitativo como cualitativo, con diferentes técnicas.⁽¹²⁾

Para la fase de seleccionar, adaptar e implementar intervenciones, se deben trazar objetivos específicos para cada acción (por ejemplo, si es una intervención de educación formal, de informática, directa o mediada por el paciente, organizacional, entre otras), según sea su público del conocimiento, paciente o usuario profesional de salud y/o institución. Con ello, las intervenciones tienen más probabilidad de contribuir a la transformación de una realidad, si esté contextualizada.^(25,26)

La fase de monitorear el uso del conocimiento determina cómo y con qué extensión el conocimiento fue difundido en la población pretendida. Diferentes objetivos y diferentes grados de uso de conocimiento requieren diferentes estrategias de monitoreo. Existen algunas herramientas para evaluar el uso del conocimiento. Puede ser por medio de la aplicación concreta del conocimiento (instrumental), cambios en la comprensión o actitudes (conceptual) o el uso del conocimiento como soporte o "provisión" (persuasivo). Y en la fase de evaluar los resultados o el impacto del uso del conocimiento debe utilizar métodos explícitos y rigurosos, cuantitativos y cualitativos.⁽¹²⁾

La fase de mantener el uso del conocimiento se refiere a la continuidad de la aplicación de la innovación a lo largo del tiempo. Esto depende de la capacidad de adaptación a los cambios tanto de la institución y de los trabajadores. La introducción de la innovación es un aspecto crítico y debe iniciarse desde la planificación del ciclo de acción para promover la diseminación, el uso y la sostenibilidad. Las revisiones sistemáticas evidencian seis factores que interfieren en el mantenimiento del uso: necesidades de salud y beneficios esperados, eficacia del sistema de monitoreo del progreso, adaptabilidad y alineación de la mejora del proceso, liderazgo multinivel y colectivo, recursos financieros y humanos, así como apoyo de las partes interesadas.⁽¹²⁾

Aplicación del modelo de Traducción del conocimiento: las potencialidades y límites en el campo de salud y enfermería

La TC es un proceso que ocurre dentro de un sistema complejo de interacciones investigadores-usuarios del conocimiento, lo que puede variar en intensidad, complejidad y nivel de compromiso según la naturaleza de la investigación y de los hallazgos, así como las necesidades específicas de quien hará uso del conocimiento. También implica la responsabilidad social del investigador al transformar resultados de investigación en acciones de salud, siendo construida de manera cíclica que tiene inicio y fin en el mismo escenario o población. Es un proceso interactivo y dinámico que incluye la síntesis, diseminación, intercambio y aplicación ética del conocimiento para promover salud, la efectividad en los servicios de salud y el fortalecimiento del sistema de salud.^(12,14)

En la atención a la salud, es preciso relacionar las evidencias disponibles con las prácticas de un determinado escenario y con las políticas públicas existentes, para determinar lo que efectivamente necesita ser llenado.⁽²⁷⁾ Las evidencias científicas necesitan ser traducidas del campo de la investigación a la práctica de la atención a la salud para que resulte en mejores resultados, mejor utilización de recursos y apoyo a los sistemas de salud, donde profesionales de salud y sus pacientes o poblaciones compartan el proceso de toma de decisiones. Asimismo, considerar que los usuarios de los servicios de salud son los verdaderos

especialistas para determinar la prioridad de los resultados de la investigación que puede convertirse en acción. Al planear una investigación, los investigadores deben considerar quién será el público del conocimiento generado; en esto reside la importancia de articular el saber científico a los saberes, opiniones y prioridades de la población.⁽²⁷⁾

La ciencia de translación (investigación de implementación) comprende el hacer la traducción (poner la traducción en práctica). La investigación translación incluye: enfocarse en el vacío de la traducción y desarrollar la investigación de modo integrado (enfoque participativo, colaborativo y transformador) (*iKT*). En ese sentido, se deben estudiar los determinantes del uso del conocimiento y los métodos eficaces de promoción de la absorción de conocimiento. La TC en la práctica consiste en llenar el abismo que hay entre el conocimiento que se está generando (investigación) y su aplicación en la práctica (asistencia o política), entre lo que se sabe y lo que se hace (es decir, reducir el espacio entre el saber-hacer); es hacer que los usuarios tomen conciencia del conocimiento que fue construido por la ciencia y facilitar su utilización para mejorar la salud y los sistemas de salud; es transformar evidencias en práctica (es decir, mover el conocimiento en acción).^(12,26,27)

Eso implica un movimiento de transposición del conocimiento producido para la práctica clínica de los escenarios de atención en los servicios de salud,^(3,28,29) lo que puede ser realizado por medio de diferentes metodologías como, las revisiones sistemáticas, por ejemplo. A lo largo del tiempo, otros estudios pueden ser realizados para analizar y evaluar la eficacia de esas propuestas y recomendarlas o perfeccionarlas y se crea un espacio de retroalimentación entre la práctica de investigación y la práctica clínica o práctica en salud.

El uso de las evidencias en la salud ha sido cada vez más discutido, divulgado y ha recibido el nombre de Salud Basada en Evidencias, un movimiento cada vez más fuerte entre los profesionales del área, que ha sido fomentado por importantes instituciones, por ejemplo, la Biblioteca Cochrane y el Instituto Joanna Briggs, instituciones que realizan estudios de evidencias científicas actuales sobre diversos temas y los divulgan por medio principalmente de las revisiones sistemáticas. El objetivo, con ello, es el de facilitar el acceso a las informaciones más recientes y confiables pues se utiliza de métodos científicos rigurosos para realizarlas.⁽³⁰⁾

La evaluación de las evidencias en los estudios de revisión sistemática es un proceso que apunta a los estudios con más calidad. Los criterios involucran el rigor metodológico (riesgo de sesgos, limitaciones, precisión), evaluación de la calidad general de las evidencias (si es fuerte o débil), somatización de las evidencias (de forma descriptiva o en tablas), explicación de la fuerza de la evidencia (equilibrio entre los resultados deseables e indeseables, por ejemplo), categorización de la evidencia según sus fuerzas (débil y fuerte) y observación, idealmente, de que la decisión sobre la fuerza de la recomendación debe ser transparente. Además, para fines de TC, se considera aún la participación del usuario, el tomador de la decisión (el profesional o los administradores) y el investigador.^(3,30)

CONCLUSIONES

Algunas propuestas de transformación del conocimiento en acción y justicia social han empezado a considerarse en América Latina, tanto en la política como en la práctica clínica.

En todo el mundo, los sistemas de salud han intentado incorporar evidencias científicas en el cotidiano de la práctica clínica de los diferentes profesionales. Sin embargo, todavía existen fallas y vacíos en ese proceso, lo que compromete tanto la cantidad como la calidad de vida de los usuarios de los servicios de salud. En el campo de la enfermería hay una creciente aplicación del modelo de traducción del conocimiento a la acción, con la utilización de diferentes enfoques de investigación para integrar a los participantes para la producción de nuevas prácticas más eficientes. El modelo conceptual del conocimiento a la acción se presenta como una alternativa para generar herramientas, productos, procesos y procedimientos basados en las mejores evidencias científicas. Es necesario hacer uso de conocimientos para completar el vacío que existe entre lo que se sabe y lo que estamos haciendo, ni siempre hay comprobación científica y, por lo tanto, necesitan evidencias que los refrenden para que emerjan nuevas prácticas más eficientes, efectivas, eficaces y seguras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Camargo FC, Iwamoto HH, Galvão CM, Pereira GA, Andrade RB, Masso GC. Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: An Integrative Review. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(4):2030-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0617>
2. French P. What is the evidence of evidence based practice in nursing? An epistemological concern. *J Adv Nurs.* 2002;37(3):250-7.
3. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT tools for evidence-informed health policymaking (STP) 1: What is evidence-informed policymaking? *Health Research Policy and Systems.* 2009 [acceso: 18/07/2018];7(Suppl 1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S1>
4. Ruggiano N, Perry TE. Conducting secondary analysis of qualitative data: Should we, can we, and how? *Qualitative Social Work.* 2019;18(1):81-97. <https://doi.org/10.1177/1473325017700701>
5. World Health Organization. Bridging the “know-do” gap meeting on knowledge translation in Global Health. Geneva: WHO Document Production Services. 2006 [acceso: 10/07/2018]. Disponible en: <https://www.measureevaluation.org/resources/training/materials/high-impact-research-training-curricula/bridging-the-know-do-gap.pdf>
6. Oelke ND, Lima MADS, Acosta AM. Knowledge translation: translating research into policy and practice. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2015;36(3):113-7. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.55036>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Síntese de evidências para políticas de saúde. EVIPNET Rede para Políticas Informadas por Evidências Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. 2014 [acceso: 18/07/2018]. Disponible en: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_saude_1ed.pdf

8. Mansilla C, Herrera C, Basagoitia A, Pantoja T. The Evidence-Informed Policy Network in Chile: lessons learned from a year of coordinated efforts. *Rev Panam Salud Pública*. 2017;41:e36.
9. Pérez Fuillerat Natalia. Enfermería Basada en Evidencia y Transferencia de Conocimiento. *Index Enferm*. 2015 [acceso: 21/08/2018];24(1-2):5-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100001>
10. Lagos-Garrido MH, Paravic-Klijn T. Generación, Difusión y Transferencia del Conocimiento de Enfermería d la Práctica del Cuidado. *Cienc. enferm*. 2015;21(2):127-34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000200012>
11. Dias RI, Barreto JOM, Souza NM. Desenvolvimento atual da Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet Brasil): relato de caso. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;36(1):50-6.
12. Straus SE, Tetroe J, Graham ID. Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice. 3rd ed. Oxford: Ed Wiley-Blackwell Ltda; 2013.
13. OPS. EVIPNet Américas. S/d [acceso: 21/08/2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1669:2008-evipnet-americas-evidence-informed-policy-networks&Itemid=3643&lang=es
14. Cabral IE, Bubadué RM, Oliveira JD, Paula CC, Cherubim D. Knowledge Translation - um caminho metodológico para converter resultados de pesquisa em prática de saúde e enfermagem. In: Teixeira E. (Org.). 1^a ed. Porto Alegre: Editora Moriá; 2017. p. 241-62.
15. PAHO. Pan American Health Organization. EVIPNet Evidence-Informed Policy Network. s/d. [Acceso: 18/07/2018] Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Evipnet-brochure-English-2013.pdf>
16. Flores-Mir C. Systematic reviews: knowledge translation? *Dental Press J Orthod*. 2016 [citado 18 Jul 2018];21(1):13-4. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-6709.21.1.013-014.edt>
17. Canadian Institutes of Health Research (CIHR). Knowledge to Action: An end-of-grant knowledge translation casebook. Ottawa: Majesty the Queen in Right of Canada. 2010 [acceso: 12/07/2018]. Disponible en: http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/documents/cihr_kt_casebook_2010_e.pdf
18. Nguyen VM, Young N, Cooke SJ. A roadmap for knowledge exchange and mobilization research in conservation and natural resource management. *Conserv Biol*. 2017 [acceso: 18/07/2018];31(4):789-98. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cobi.12857>
19. Lagosky S, Doreen B, Lynn S. Invisible work of using and monitoring knowledge by parents (end-users) of children with chronic conditions. *Work*. 2016;55(4):727-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.3233/WOR-162456>
20. Young N, Corriveau M, Nguyen VM, Cooke SJ, Hinch SG. How do potential knowledge users evaluate new claims about a contested resource? Problems of power and politics in knowledge exchange and mobilization. *J Environ Manage*. 2016;184(2):380-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jenvman.2016.10.006>
21. Tricco AC, Tetzlaff J, Moher D. Knowledge synthesis. In: Straus SE, Tetroe J, Graham ID. Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice. 3rd ed. Oxford: Ed Wiley-Blackwell Ltda; 2013. p. 29-49.

22. Brouwers M, Stacey D, O'connor A. Knowledge translation tools. In: Straus SE, Tetroe J, Graham ID. Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice. 3rd ed. Oxford: Ed Wiley-Blackwell Ltda; 2013. p. 50-62
23. Wensing M, Bosch M, Grol R. Developing and selecting interventions for translating knowledge to action. CMAJ: Canadian Medical Association Journal. 2010;182(2):E85-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.081233>
24. Kitson A, Straus SE. The knowledge-to-action cycle: identifying the gaps. CMAJ: Canadian Medical Association Journal. 2010;182(2):E73-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.081231>
25. Bick D, Chang Yan-Shing. Implementation of evidence into practice: complex, multi-faceted and multi-layered. Rev. esc. enferm. USP. 2014;48(4):578-83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000400001>
26. Gagliardi AR, Kothari A, Graham ID. Research agenda for integrated knowledge translation (IKT) in healthcare: what we know and do not yet know (Editorial). J Epidemiol Community Health. 2017;71(2):105-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2016-207743>
27. Chapman E. Los mecanismos de traducción de conocimientos para la formulación de políticas informadas Boletim do Instituto de Saúde. 2016 [acceso: 24/08/2018];17(1):7-16. Disponible en: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/bis17n1julho2016.pdf>
28. Jenkins EK. The politics of knowledge: implications for understanding and addressing mental health illness. Nursing Inquiry. 2014;21(1):3-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/nin.12026>
29. Dias RISC, Barreto JOM, Vanni TC, Costa MAS, Moraes LH, Gomes MAR. Estratégias para estimular o uso de evidências científicas na tomada de decisão. Cad. saúde colet. 2015;23(3):316-322. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500030005>
30. [Abdullah G](#), [Rossy D](#), [Ploeg J](#), [Davies B](#), [Higuchi K](#), [Sikora L](#), [Stacey D](#). Measuring the effectiveness of mentoring as a knowledge translation intervention for implementing empirical evidence: a systematic review. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2014;11(5):284-300. DOI : <http://dx.doi.org/10.1111/wvn.12060>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Ivone Evangelista Cabral: Contribuyó con la concepción del estudio, levantamiento de las informaciones en las bases de datos, su análisis e interpretación; escritura, revisión crítica y aprobación de la versión final del manuscrito; concordancia en responsabilizarse por el contenido de todos los aspectos del trabajo, garantizando que las cuestiones relacionadas con la precisión o integridad de cualquier parte del trabajo fueran debidamente investigadas y resueltas.

Cristiane Cardoso de Paula: Contribuyó con el análisis e interpretación; escritura, revisión crítica y aprobación de la versión final del manuscrito; concordancia en responsabilizarse por el contenido de todos los aspectos del trabajo, garantizando

que las cuestiones relacionadas con la precisión o integridad de cualquier parte del trabajo sean debidamente investigadas y resueltas.