

Capital social y uso del conocimiento en el sector salud: una revisión narrativa de la literatura

Social capital and use of the knowledge in the health sector: a narrative review of the literature

Mariana Álvarez Aceves, María del Rosario Demuner Flores

Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.

RESUMEN

En el sector salud, las brechas entre la generación del conocimiento científico y su uso para la toma de decisiones comprometen la calidad de la atención brindada. Estas brechas se han relacionado con diferentes factores, entre ellos el capital social. Este trabajo explora el papel del capital social en el uso del conocimiento en el sector salud. Para hacerlo se recurrió a una revisión de la literatura de los últimos veinte años. Los hallazgos reportaron que las tres dimensiones del capital social, es decir, el capital estructural, el capital relacional y el capital cognitivo, se han relacionado teóricamente con la gestión y el uso del conocimiento y que el capital social se considera un predictor significativo de la práctica basada en evidencias. Se concluye que fomentar la confianza y los lazos de comunicación entre los empleados, así como buscar relaciones con investigadores, potencian el uso de las evidencias científicas en la toma de decisiones. Estas acciones se traducen en beneficios para los usuarios finales del sistema de salud.

Palabras clave: capital social; práctica basada en la evidencia; gestión del conocimiento; uso del conocimiento; toma de decisiones.

ABSTRACT

In the health sector, gaps persist between scientific knowledge's production and its use for decision-making; and these gaps compromise the quality of provided care. These gaps have been related to different factors, including social capital. This

paper explores the role of social capital in the use of knowledge in the health sector. To do so, a review of the literature of the last twenty years was conducted. Among the main findings, three dimensions of social capital (i.e. structural capital, relational capital and cognitive capital) have been theoretically related to knowledge use and management; and social capital is highlighted as a significant predictor of evidence-based practice. Encouraging trust and strengthening communication links among employees, as well as seeking relationships with researchers have the potential to foster scientific knowledge use in decision-making. These actions can be translated into benefits for final health system's users.

Key words: social capital; evidence-based practice; knowledge management; knowledge use; decision-making.

INTRODUCCIÓN

Se espera que los profesionales de la salud obtengan información acerca de las evidencias científicas y la usen en el proceso de toma de decisiones. La Organización Mundial de la Salud recomienda a las naciones producir y consumir investigaciones no solo en las universidades, sino también en el ámbito de los programas de salud pública y en el medio en el que los servicios de salud se ofrecen y demandan. Aun así, existen brechas entre la generación del conocimiento y su uso en la práctica clínica, lo que trae como consecuencia un incremento en los costos y una disminución en la calidad de la atención.¹

Existen diferentes razones por las que las evidencias son desaprovechadas en la toma de decisiones, como el volumen de información producida, el acceso insuficiente a ella y el tiempo disponible para leerla.^{2,3} El reconocimiento de la relevancia de factores organizacionales en el uso del conocimiento ha conducido al estudio de diferentes conceptos relacionados con el contexto organizacional, como el capital social. Este hace referencia a las redes de relaciones como recursos para la acción social⁴ y se ha dicho que fortalece los mecanismos para la transferencia, adquisición y uso del conocimiento.⁵

Conocer mejor los determinantes del uso del conocimiento puede permitir al sistema de salud un mejor aprovechamiento de los recursos y proporcionar información detallada para identificar los factores susceptibles de ser modificados que lo favorecen u obstruyen. Los progresos que ayuden a convertir el conocimiento científico en prácticas clínicas tienen un gran potencial para generar un impacto positivo en la salud de la población, a través de una mejor selección de los procesos de diagnóstico y tratamiento.

En este trabajo se hace una revisión de la literatura de los últimos 20 años sobre el capital social y el uso del conocimiento en el sector salud. Su objetivo es explorar las contribuciones del capital social al uso de la investigación y la práctica basada en evidencias que han sido propuestas teórica o empíricamente. El trabajo presenta el método que permitió la sistematización de la información para su respectivo análisis. Posteriormente se describen las evidencias encontradas en dos ejes principales: el primero, que abarca al uso del conocimiento; y el segundo, que aborda al capital social y su relación con el anterior.

MÉTODOS

Se realizó una revisión de la literatura publicada entre los años 1997 y 2017 acerca del capital social y el uso del conocimiento para la toma de decisiones en el sector salud. Se eligió este período porque el interés de los investigadores por estudiar el capital social y su relación con el desempeño organizacional y la salud comenzó a ser evidente en la literatura a partir de hace aproximadamente veinte años.⁶

La búsqueda de literatura se realizó entre los meses de agosto y noviembre del año 2016 y septiembre de 2017, a través de PubMed, por ser un sistema de recuperación de información de amplia cobertura que permite el acceso gratuito a MEDLINE (base de datos con más de 15 millones de referencias biomédicas de los últimos cincuenta años) entre otras bases de datos de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. Se emplearon las palabras clave *knowledge use*, *research use* o *evidence based practice* y *social capital* dentro del título o del resumen, y se generó un listado de 314 artículos. Luego de eliminar los títulos duplicados, se dio lectura de los resúmenes para evaluar su relevancia para esta revisión. Los trabajos que referencian al capital social poblacional y su relación con el mantenimiento o mejoramiento de la salud fueron eliminados, por no ser esa la relación que interesa a este trabajo. Se obtuvieron los textos completos de los artículos con investigaciones teóricas o empíricas sobre el capital social de las instituciones o profesionales de la salud y su relación con el uso de la investigación o la práctica basada en evidencias. Además, los artículos debieron haber sido escritos en inglés y publicados en el período de 1997 a 2017 en cualquier país, continente o región del mundo.

La búsqueda se complementó mediante la localización en Google Académico de artículos de alta citación, partiendo de las referencias bibliográficas de los artículos encontrados mediante la búsqueda electrónica anteriormente descrita. De esta forma, se obtuvieron artículos sobre el concepto de uso del conocimiento y sobre teoría del capital social que no se encuentran indexados en PubMed por haber sido publicados en revistas pertenecientes a otras áreas del conocimiento diferentes a las Ciencias de la Salud.

Se seleccionaron para ser incluidos aquellos artículos que contaban con un objetivo explícito, la metodología claramente descrita y congruente con el objetivo y los resultados reportados detalladamente. En total se incluyeron 42 artículos, entre trabajos teóricos y empíricos, cuya información relevante fue extraída, sintetizada y analizada.

La información de los artículos teóricos fue empleada para definir las variables uso del conocimiento y capital social, así como las relaciones teóricas que se han propuesto entre ellas. De los artículos que se derivan de investigaciones empíricas (siete artículos) se extrajeron datos sobre el tipo de estudio, el tamaño de la muestra, las características de los sujetos participantes, las variables analizadas, los instrumentos de investigación empleados, el análisis estadístico y los hallazgos principales. Posteriormente se expusieron los hallazgos principales a partir de dos temas relevantes: el primero, el uso del conocimiento en el sector salud; el segundo, el capital social y su relación con el uso del conocimiento.

USO DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO EN EL SECTOR SALUD

Este concepto ha ganado recientemente la atención de investigadores interesados en la gestión del conocimiento. Sus fuentes, su contenido mismo, el contexto, los atributos de sus usuarios y los medios de comunicación han sido analizados. Las teorías en relación con el conocimiento buscan describir las relaciones entre sus diferentes dimensiones y la relevancia de cada una de ellas.⁷

El conocimiento ha sido definido como la síntesis, el intercambio y la aplicación ética de este por los actores relevantes para acelerar los beneficios de las innovaciones globales y locales, con el fin de fortalecer los sistemas de salud y mejorar la salud de las personas.⁸ Es un proceso amplio desde que el conocimiento es producido hasta que es puesto en práctica. Forman parte de este proceso la práctica basada en la evidencia y el uso de la investigación; ambas constituyen formas de uso del conocimiento científico. La primera se refiere a la integración en la práctica de evidencias científicas junto con la experiencia, las preferencias de los pacientes y las circunstancias.⁹ La segunda, a un proceso complejo por medio del cual los resultados de las investigaciones científicas son transformados a partir de uno o más estudios para ser usados en la toma de decisiones.¹⁰

El uso del conocimiento es un concepto que se encuentra bajo desarrollo y no existe un método de medición universalmente aceptado. En la literatura producida del año 1997 a 2017 a nivel mundial, se identifican dos enfoques: el primero evalúa el impacto de una evidencia científica particular sobre una decisión concreta. El segundo identifica la influencia del conocimiento producido a través de la investigación en sus diferentes etapas en todo el espectro de toma de decisiones.¹¹

Asumir que los resultados de una sola investigación generan un cambio de conducta, o más aún, que influyen de forma significativa sobre el proceso de toma de decisiones, implica simplificar un proceso complejo. Por tanto, de acuerdo con *Landry* y otros,¹¹ el uso del conocimiento debe entenderse como un proceso más que como un evento discreto y debe ser examinado en varios niveles. Se han propuesto tres niveles para estudiarlo:¹²

- Uso conceptual, que se refiere a la lectura y comprensión de evidencias científicas para información general.
- Uso persuasivo o simbólico, que se refiere al uso de evidencias científicas para legitimar o defender procedimientos.
- Uso instrumental, que se refiere a la aplicación específica y directa de evidencias científicas cambiando la conducta o práctica.

Operacionalizar el uso del conocimiento de esta forma permite saber en qué grado logra modificar los conocimientos previos, las formas de pensar y finalmente de actuar de sus usuarios. Gran parte de la literatura disponible se ha limitado a evaluar el uso instrumental. Sin embargo, es poco realista pensar que en todos los casos el conocimiento científico diseminado logrará un cambio de conducta medible.¹³

De acuerdo con *Belkhdja* y otros,¹⁴ para entender a los factores que influyen en el uso del conocimiento deben considerarse dos categorías de análisis: la individual y la organizacional. La perspectiva organizacional toma en cuenta las variables contextuales que influyen en la toma de decisiones. Desde esta perspectiva, las estructuras, tareas, roles, procedimientos y rutinas organizacionales son elementos esenciales para entender la adquisición, diseminación y uso del conocimiento.

Desde el punto de vista individual, la preocupación radica en identificar qué tanto las características de los profesionales de la salud, como sus actitudes, competencias, nivel educativo y años de experiencia, influyen en su forma de tomar decisiones. En la literatura publicada durante la última década, se observa que los investigadores han considerado al contexto organizacional, y no solo a las características individuales, como factor relevante para entender el proceso de toma de decisiones.¹⁴⁻⁸

CAPITAL SOCIAL Y SU RELACIÓN CON EL USO DEL CONOCIMIENTO

El estudio del capital social tuvo sus orígenes en las áreas de la sociología y la economía.¹⁹ En las últimas dos décadas ha llamado también la atención de los investigadores de otras áreas. La teoría del capital social sostiene que las redes de relaciones constituyen recursos valiosos para los asuntos sociales. Se han estudiado dos aspectos sobre ellas: a quiénes conoce una persona y cómo está conectada con ellos.¹⁹ *Nahapiet* y *Ghoshal*⁴ definen al capital social como la suma de los recursos reales y potenciales integrados en disponibles a través de y derivados de la red de relaciones que posee un individuo, organización o sociedad. Comprende a la red misma y a los recursos que se movilizan a través de ella.²⁰

Nahapiet y *Ghoshal*⁴ proponen tres dimensiones interrelacionadas para estudiar al capital social: relacional, estructural y cognitiva. La dimensión relacional se refiere a la calidad de las relaciones interpersonales. Incluye aspectos como una historia compartida, confianza, respeto y amistad. La dimensión estructural habla de las propiedades del sistema social y las redes de relaciones como un todo. Involucra cuestiones como con quién se relaciona cada individuo y cómo lo hace. La dimensión cognitiva se refiere a los recursos que proveen representaciones e interpretaciones compartidas, como normas, valores y significados compartidos. Las tres dimensiones son importantes como factores para favorecer el uso del conocimiento científico. De acuerdo con *Chang* y otros,²² tanto las interacciones sociales como la confianza y la visión compartida son precondiciones para una adecuada gestión del conocimiento.

El capital social hace énfasis en las relaciones para promover el intercambio del conocimiento entre individuos y organizaciones. Las redes sociales cobran especial importancia porque son indispensables para que el trabajo se efectúe. A través de ellas, los individuos acceden a recursos²³ y amplifican e internalizan el conocimiento organizacional para que pueda ser posteriormente utilizado por otros.^{24,25} La fortaleza de la relación entre una persona que busca conocimiento y otra que lo posee influye en las actitudes y decisiones de los individuos con respecto a la transferencia y el uso del conocimiento. Cuando la relación es fuerte, ésta genera una mayor confianza y una menor sensación de incertidumbre y ansiedad para ambas partes.²⁶ De acuerdo con *Anderson, Potocnik* y *Zhou*,²⁷ el capital social favorece la creatividad y la innovación. Sin embargo, está determinado, al menos en parte, por las características individuales de los sujetos. Los profesionales de la salud con redes sociales más amplias se encuentran en contacto con una mayor cantidad de ideas nuevas, evidencias científicas y experiencias. Esto favorece la práctica basada en evidencias.

Aunque se ha estudiado la relación del capital social con una mejoría en la salud, poco se ha abordado sobre el papel que este ejerce dentro del contexto de los sistemas de salud. A pesar de esto, se han detectado evidencias de su relación con un mejor desempeño laboral y una gestión del conocimiento más eficiente.^{28,29} Los

profesionales de la salud están en contacto con importantes cantidades de información, así que factores como el capital y el aprendizaje social, el software y las plataformas sociales son críticos para una eficiente gestión del conocimiento global.²⁸

Para *Squires* y otros,³⁰ el capital social en las unidades de salud se refiere al conjunto de conexiones activas entre las personas que promueven la transferencia de conocimiento. Estas interacciones se clasifican en informales y formales. Las interacciones informales se manifiestan en "pláticas de pasillo" entre colegas y con profesionales de otras disciplinas, pases de visita, discusiones informales sobre el tratamiento y evolución de los pacientes, etc. Las interacciones formales se dan a través de actividades planeadas y calendarizadas como juntas, reuniones de trabajo, conferencias y talleres.

Las conexiones entre individuos, unidades, servicios y niveles jerárquicos pueden ser débiles o fuertes, formales o informales, tangibles o intangibles. El capital social describe la calidad y la magnitud de estas relaciones y es de vital importancia para tener una visión en común y compartir conocimiento. Las relaciones formales de buena calidad favorecen la colaboración y la retroalimentación abierta a través de los diferentes niveles jerárquicos. Las relaciones informales, por su parte, fomentan la comunicación clara y la cohesión entre los miembros del *staff*. Juntas, las interacciones formales e informales contribuyen a la difusión y al uso de las evidencias científicas.³¹

Una de las tendencias en la literatura sobre el uso del conocimiento en los últimos veinte años, ha sido la de tomar al modelo de *Rogers*³² de difusión de las innovaciones como fundamento para explicar los fenómenos que lo favorecen. En este modelo el capital social juega un papel determinante. De acuerdo con él, la difusión de nuevas ideas depende de la interacción entre cuatro elementos: las innovaciones, el tiempo, el sistema social y los canales de comunicación.

Los canales de comunicación interpersonales son la forma más efectiva para persuadir a los individuos de aceptar una nueva idea. Sobre todo cuando estos canales conectan a personas con características similares. En la mayoría de los casos, para decidir adoptar una nueva idea, las personas dependen de evaluaciones subjetivas acerca de la misma que obtienen de otros individuos que las han adoptado en contextos similares. Las experiencias de los pares se encuentran en el centro del proceso de difusión de las innovaciones. Esto lo convierte en un proceso eminentemente social. Cuando las nuevas ideas se comunican entre individuos que comparten significados, valores y normas existen mayores probabilidades de producir efectos en términos de conocimiento, modificación de actitudes y cambio.³²

EVIDENCIAS EMPÍRICAS DE LA RELACIÓN ENTRE EL CAPITAL SOCIAL Y EL USO DEL CONOCIMIENTO

En la última década se ha manifestado el interés de los investigadores en el área de la salud por investigar de forma empírica las relaciones entre capital social y uso del conocimiento. En esta revisión se encontraron siete estudios que, cumpliendo con los criterios de inclusión, hacen referencia a investigaciones empíricas en las que se relacionan estas variables. Tres de ellos hacen referencia al capital social en su dimensión relacional; uno, al capital social en sus dimensiones relacional y estructural, dos al capital social estructural y uno a las tres dimensiones.

Estabrooks y otros³³ realizaron un estudio transversal con el objetivo de encontrar predictores del uso de la investigación en una muestra de 4 421 enfermeras en

Canadá. Midieron al capital social relacional entre otras variables de nivel individual y organizacional. El capital social fue estimado con cuatro ítems que evalúan la calidad de las relaciones laborales de las enfermeras. A través de la modelación multinivel los autores hallaron que variables individuales como el tiempo destinado a hacer búsquedas en Internet y el desgaste emocional explican la mayor proporción de la varianza en el uso de la investigación. Sin embargo, variables organizacionales como el capital social relacional, la colaboración entre pares y la autonomía también mostraron ser predictores significativos. Estos hallazgos sugieren que los factores que influyen en el uso del conocimiento científico deben ser analizados desde diferentes niveles y perspectivas inseparables entre sí, tal como ha sido propuesto por otros autores.¹⁴ Queda pendiente profundizar en las relaciones de factores organizacionales como el capital social con factores de otros niveles, principalmente el nivel individual.

Yamada y otros³⁴ evaluaron, por medio de un estudio transversal, el rol que juegan diferentes variables del contexto organizacional en el uso de la investigación en una muestra de 779 enfermeras canadienses. El capital social relacional fue medido en conjunto con otras variables del contexto organizacional empleando el instrumento *Alberta Context Tool*.³⁵ Como variables dependientes se usaron escalas de uso instrumental y conceptual de la investigación calculadas a partir de los resultados de seis ítems diseñados para ese fin. El método estadístico empleado fue el de ecuaciones de estimación generalizadas. Con respecto al capital social, los autores encontraron que este es un moderador significativo tanto del uso conceptual como del instrumental de la investigación en la práctica clínica, junto con la cultura, los recursos y el tiempo. Estos hallazgos contribuyen al cuerpo de evidencias que enfatiza la importancia de factores contextuales en el uso del conocimiento y en la necesidad de encontrar formas eficientes y sencillas de evaluarlos para planear intervenciones orientadas a modificar los elementos que en cada contexto sean considerados áreas de oportunidad.

Strömgren y otros³⁶ realizaron un estudio prospectivo con 632 empleados de distintas especialidades clínicas de cinco hospitales de Suecia. En él investigaron la relación entre el capital social relacional y el liderazgo y sus efectos en el desempeño. Se emplearon dos instrumentos: el *Copenhagen Psychosocial Questionnaire*³⁷ y el *Modern Worklife Questionnaire*.³⁸ Con los datos se construyeron modelos de regresión lineal y logística. Aunque el uso del conocimiento o práctica basada en evidencias no fueron directamente medidos, los autores encontraron que un incremento en el capital social de los profesionales de salud que laboran en hospitales se relaciona con un incremento en su satisfacción laboral e involucramiento en acciones basadas en evidencias para mejorar la seguridad de los pacientes. A su vez, el nivel de capital social se relaciona con la calidad del liderazgo. Este estudio sugiere no solo la relación del capital social con la práctica basada en evidencias, sino que además enfatiza en las intrincadas relaciones entre diferentes factores organizacionales que en conjunto favorecen la seguridad de los pacientes. Además, representa uno de los primeros intentos por medir cómo se modifican estas relaciones a través del tiempo.

Shin y Lee,³⁹ en un estudio transversal con 432 enfermeras de Corea del Sur, examinaron las relaciones entre la adopción de la práctica basada en evidencias y el capital social relacional y estructural. El cuestionario empleado para medir el capital social fue el *Social Capital Outcomes for Nurses*, de Sheingold y Sheingold,⁴⁰ que evalúa factores como las redes formales e informales y las relaciones con otras enfermeras y profesionales de la salud. El instrumento *Developing Evidence-Based Practice Questionnaire*⁴¹ fue usado para evaluar la práctica basada en evidencias. A través de análisis de regresión múltiple mostraron que aquellas enfermeras con un mayor capital social perciben menos barreras para encontrar y revisar evidencias científicas y para implementarlas en su práctica. Concluyeron que el capital social

es un predictor significativo de la práctica basada en evidencias. Estos resultados invitan a la reflexión con respecto a las relaciones que existen entre el capital social y algunos elementos del proceso de gestión del conocimiento, como el intercambio y compartir conocimiento, y a considerar que en dicho intercambio existe una mezcla de conocimientos tácitos y explícitos que en conjunto favorecen la práctica basada en evidencias.

Song y Chang,⁴² en una muestra de 2 812 adultos norteamericanos, buscaron relaciones entre el capital social estructural y las conductas de búsqueda de información sobre salud. Haciendo un análisis de redes y modelos de regresión logística encontraron que características de los miembros de la red, como su grado de escolaridad promedio, influyen en las conductas de búsqueda de información sobre salud de un sujeto, tales como la frecuencia de búsqueda y las fuentes de información consultadas. Del mismo modo que el estudio descrito en el párrafo anterior, esta investigación muestra la relevancia de la dimensión de la red de relaciones de una persona, pero además sugiere que las características y roles de los miembros de esa red son también determinantes en el uso del conocimiento. Lo anterior invita a investigar con mayor profundidad diferentes características sociodemográficas de los miembros de una red y cómo influyen en la búsqueda y uso de información científica.

Mascia y Cicchetti,⁴³ en un estudio con 293 médicos de hospitales en Italia, exploraron la estructura de las redes profesionales de los participantes y su propensión a la práctica basada en evidencias. Los autores hicieron un análisis de redes y midieron la adopción de la práctica basada en evidencias a través de un ítem construido a partir de la literatura revisada. Los datos fueron analizados estadísticamente por medio de regresión logística. Entre los hallazgos destaca el hecho de que los médicos cuyas redes sociales son muy cerradas son menos propensos a implementar estas prácticas. La cohesión inducida por las interacciones sociales en este tipo de redes limita la difusión de la información científica porque los sujetos dentro de redes muy cerradas confían más en los miembros de su propia red que en el mundo científico que los rodea. La medición de la práctica basada en evidencias a través de un ítem único dificulta la generalización de los resultados de este estudio a distintos tipos de prácticas. Sin embargo, estos resultados sugieren que no todas las clases de redes sociales tienen el mismo efecto sobre el uso del conocimiento y previenen sobre la posibilidad de encontrar relaciones tanto positivas como negativas.

Chang y otros,²² interesados en examinar la influencia del capital social en la gestión del conocimiento y su relación con la seguridad de los pacientes, realizaron un estudio transversal con una muestra de 919 enfermeras en Taiwán. El capital social fue medido a través de versiones modificadas de los instrumentos de *Smith y otros*⁴⁴ y *Leana y Pil*,⁴⁵ y como método de análisis estadístico se empleó la modelación estructural. Se encontró una relación positiva entre la confianza y la visión compartida y la seguridad de los pacientes. Esta relación está mediada por aspectos vinculados con el conocimiento, como el uso y el compartir. Aunque el uso del conocimiento o la práctica basada en evidencias no fueron directamente medidos, este estudio contribuye a comprender la relación de estas variables con el capital social a través de otras variables como el compartir conocimiento. Además sugiere la importancia de que las organizaciones hagan esfuerzos conscientes por mejorar la calidad de las relaciones entre sus miembros.

Por otro lado, otras interacciones, además de las que se dan al interior de las unidades de salud, se han considerado relevantes para favorecer la traducción del conocimiento. La existencia de brechas entre investigadores, agentes gubernamentales y profesionales clínicos ha sido asociada con disparidades culturales, diferencias en la lógica, justificación e incentivos para producir y usar el conocimiento.⁴⁶

De acuerdo con *Bédard*,⁷ las redes con investigadores impactan positivamente el uso de la investigación en la toma de decisiones. Llegó a esta conclusión luego de realizar un estudio transversal entre 1 617 servidores públicos en Canadá, en el que el uso de la investigación, la actitud con respecto a la investigación y las relaciones con investigadores fueron evaluados por medio de una pregunta diseñada por el autor para cada una de las variables. Como método estadístico se empleó el análisis de senderos. Ya antes otros autores habían propuesto que mientras más intensas son las interacciones entre los investigadores y los usuarios, mayor es la probabilidad de uso del conocimiento científico producido.¹¹ Lo anterior sugiere la importancia de fortalecer las interacciones entre los investigadores y los usuarios del conocimiento desde su producción hasta su diseminación y uso a través de modelos de coproducción del conocimiento científico.

CONCLUSIONES

El desaprovechamiento de las evidencias de la investigación lleva implícitos altos costos de oportunidad. En consecuencia, alrededor del mundo se ha buscado implementar estrategias para fomentar su uso en la toma de decisiones sanitarias, tanto políticas como clínicas. Existen diferentes factores que determinan el uso del conocimiento por los distintos actores del sistema de salud. Los factores organizacionales, como el capital social, son capaces de optimizar la gestión del conocimiento. Por tanto, han llamado la atención de investigadores y gestores en salud. Aunque la relación entre el capital social y la difusión y el uso de nuevas ideas y evidencias científicas ha sido propuesta teóricamente por diferentes autores, las relaciones entre estas variables en el sector salud comienzan apenas a ser exploradas de forma empírica.

La principal aportación de este trabajo es contribuir con la ratificación del capital social como factor que influye en la forma en que los profesionales y organizaciones de salud se involucran con el uso de la investigación y la práctica basada en evidencias. Los hallazgos teóricos y empíricos sugieren una relación positiva entre el capital social, la difusión de nuevas ideas y la práctica basada en evidencias. Los esfuerzos que se hagan para fomentar la confianza y estrechar los lazos de la comunicación entre los diferentes actores del sistema de salud son capaces de impulsar la práctica basada en evidencias, y por tanto, de mejorar la eficiencia y la calidad con la que se prestan los servicios de salud.

Tanto el uso del conocimiento como el capital social han sido definidos, operacionalizados y medidos de muy distintas maneras en el sector salud. Además, la mayor parte de la investigación que se ha realizado con respecto a la relación entre estas dos variables ha sido observacional, descriptiva, transversal y basada en datos autoinformados. Aunque existen en la literatura evidencias empíricas de una relación entre ellas, la generalización de sus hallazgos es difícil y riesgosa. Queda pendiente el involucramiento de los investigadores en estudios longitudinales y de intervención que favorezcan una comprensión más profunda de las relaciones entre estas dos variables.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Mariana Álvarez Aceves diseñó el estudio, analizó los datos y redactó la primera versión del manuscrito. *María del Rosario Demuner Flores* analizó los datos y revisó la primera versión del manuscrito. Las dos autoras revisaron la redacción del manuscrito y aprobaron la versión finalmente remitida.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran que no existe conflicto de intereses en el presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN, Hill SJ, Squires JE. Knowledge translation of research findings. *Implement Sci.* 2012;7(1):50.
2. Chaudoir SR, Dugan AG, Hi Barr C. Measuring factors affecting implementation of health innovations: a systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures. *Implement Sci.* 2013;8:22.
3. Oliver K, Innvar S, Lorenc T, Woodman J, Thomas J. A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. *BMC Health Serv Res.* 2014 [citado 11 de diciembre de 2017];14(1):2. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/2>
4. Nahapiet J, Ghoshal S. Social capital, intellectual capital and the organizational advantage. *Acad Manag Rev.* 1998;23(2):242-66.
5. Bharati P, Zhang W, Chaudhury A. Better knowledge with social media? Exploring the roles of social capital and organizational knowledge management. *J Knowl Manag.* 2015;19(3):456-75.
6. Moore S, Kawachi I. Twenty years of social capital and health research: a glossary. *J Epidemiol Comm Healh.* 2017;0:1-5.
7. Bédard PO. The mobilization of scientific evidence by public policy analysts: path analysis and predicted probabilities. *Sage Open.* 2015;(3):1-15.
8. Sudsawad P. Knowledge translation introduction to models, strategies and measures. Austin, TX: Southwest educational development laboratory, Nation center for the dissemination of disability research; 2007.
9. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg WM, Haynes RB. Evidence-Based Medicine. How to practice and teach EBM. Nueva York: Churchill Livingstone; 2000.
10. Cummings GG, Hutchinson AM, Scott SD, Norton PG, Estabrooks C. The relationship between characteristics of context and research utilization in a pediatric setting. *BMC Health Serv Res.* 2010;10(1):168.
11. Landry R, Lamari M, Amara N. The extent and determinants of the utilization of university research in government agencies. *Public Adm Rev.* 2003;63(2):192-205.
12. Estabrooks CA. The conceptual structure of research utilization. *Res Nurs Health.* 1999;22:203-16.
13. Amara N, Ouimet M, Landry R. New evidence on instrumental, conceptual and symbolic utilization of university research in government agencies. *Sci Commun.* 2004;26(1):75-106.

14. Belkhdja O, Amara N, Landry R, Ouimet M. The extent and organizational determinants of research utilization in Canadian health services organizations. *Sci Commun.* 2007;28(3):377-417.
15. Aarons G, Farahnak L, Ehrhart MG, Sklar M. Aligning leadership across systems and organizations to develop strategic climate to for evidence-based practice implementation. *Annu Rev Public Health.* 2014;35:255-74.
16. Dannapfel P, Peolsson A, Nilssen P. What supports physiotherapists' use of research in clinical practice? A qualitative study in Sweden. *Implement Sci.* 2013;8:31.
17. Estabrooks CA, Squires JE, Hayduk L. The influence of organizational context on best practice use by care aides in residential long-term care settings. *J Am Med Dir Assoc.* 2015;16(6):537.
18. Marchionni C, Ritchie J. Organizational factors that support the implementation of a nursing Best Practice Guideline. *J Nurs Manag.* 2008;(16):266-74.
19. Collins JD, Hitt MA. Leveraging tacit knowledge in alliances: the importance of using relational capabilities to build and leverage relational capital. *J Eng Technol Manag.* 2006;23:147-67.
20. Muniady R, Al Mamun A, Mohamad M, Yukthamarani P, Binti N. The effect of cognitive and relational social capital on structural social capital and micro-enterprise performance. *Sage Open.* 2015:1-9.
21. Kostova T, Roth K. Social capital in multinational corporations and a micro-macro model of its formation. *Acad Manag Rev.* 2003;28(2):297-317.
22. Chang CW, Huang HC, Chiang CY, Hsu CP, Chang CC. Social capital and knowledge sharing: effects on patient safety. *J Adv Nurs.* 2012;68(8):1793-1803.
23. Parker A, Halgin DS, Borgatti SP. Dynamics of social capital: effects of performance feedback on network change. *Organ Stud.* 2015;1:1-23.
24. Ipe M. Knowledge sharing in organizations: a conceptual framework. *Hum Resour Manag Rev.* 2003;2(4):337-59.
25. Islam MZ, Ahmed SM, Hasan I, Ahmed SU. Organizational culture and knowledge sharing: Empirical evidence from service organizations. *African J Bus Manag.* 2011;5(14):5900-9.
26. Leonardi PM, Meyer SR. Social media as social lubricant: how ambient awareness eases knowledge transfer. *Am Behav Sci.* 2014;59(1):10-34.
27. Anderson N, Potocnik K, Zhou J. Innovation and creativity in organizations: A state-of-the-science review, prospective commentary, and guiding framework. *J Manage.* 2014;40(5):1297-1333.
28. Limaye RJ, Sullivan TM, Dalessandro S, Hendrix-jenkins A, Hopkins J, Programs C. Looking through a social lens: conceptualising social aspects of knowledge management for global health practitioners. *J Public Health Res.* 2017;6:761.

29. van Scheppingen AR, de Vroome EMM, ten Have KCJM, Bos EH, Zwetsloot GIJM, van Mechelen W. The associations between organizational social capital, perceived health and employees' performance in two Dutch Companies. *J Occup Environ Med.* 2013;55(4):371-7.
30. Squires JE, Hutchinson AM, Hayduk L. Alberta Context Tool. User Manual. Edmonton, Canada: Knowledge Utilization Studies Program. Faculty of Nursing, University of Alberta; 2014.
31. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci.* 2009;4:50.
32. Rogers E. Diffusion of Innovations. New York: Free Press; 2003.
33. Estabrooks CA, Midodzi WK, Cummings GG, Wallin L. Predicting research use in nursing organizations: a multilevel analysis. *Nurs Res.* 2007;56(4):7-23.
34. Yamada J, Squires JE, Estabrooks CA, Victor C, Stevens B. The role of organizational context in moderating the effect of research use on pain outcomes in hospitalized children: a cross sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):68.
35. Estabrooks C, Squires JE, Cummings GG, Birdsell JM, Norton PG. Development and assessment of the Alberta Context Tool. *BMC Health Serv Res.* 2009;9:234.
36. Strömngren M, Eriksson A, Bergman D, Dellve L. Social capital among healthcare professionals: a prospective study of its importance for job satisfaction, work engagement and engagement in clinical improvements. *Int J Nurs Stud.* 2016;53:116-25.
37. Pejtersen JH, Kristensen TS, Borg V, Bjorner JB. The second version of the Copenhagen psychosocial questionnaire. *Scand J Public Health.* 2010;38:8-24.
38. Oxenstierna G, Widmark M, Finnholm K, Elofsson S. A new questionnaire and model for research into the impact of work and the work environment on employee health. *Scand J Work.* 2008;34:150.
39. Shin JI, Lee E. The influence of social capital on nurse-perceived evidence-based practice implementation in South Korea. *J Nurs Scholarsh.* 2017;49(3):267-76.
40. Sheingold B, Sheingold S. Using a social capital framework to enhance measurement of the nursing work environment. *J Nurs Manag.* 2013;21(5):790-801.
41. Gerrish K, Ashworth P, Lacey A. Factors influencing the development of evidence-based practice: A research tool. *J Adv Nurs.* 2007;57(3):328-38.
42. Song L, Chang TY. Do resources of network members help in help seeking? Social capital and health information search. *Soc Networks.* 2012;34(4):658-69.
43. Mascia D, Cicchetti A. Physician social capital and the reported adoption of evidence-based medicine: exploring the role of structural holes. *Soc Sci Med.* 2011;72:798-805.

44. Smith K, Smith K, Olian J, Sims H, O'Bannon D, Scully J. Top management team demography and process: the role of social integration and communication. *Adm Sci Q.* 1994;39:412-38.
45. Leana C, Pil F. Social capital and organizational performance: evidence from Urban Public Schools. *Organ Sci.* 2006;17:353-68.
46. Wehrens R. Beyond two communities - from research utilization and knowledge translation to co-production? *Public Health.* 2014;128:545-51.

Recibido: 20 de octubre de 2017.

Aprobado: 10 de diciembre de 2017.

Mariana Álvarez Aceves. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.
Correo electrónico: alvamar74@hotmail.com