

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

BOGOTÁ VIRTUAL Y DISTANCIA

Especialización en Alto Gobierno

ANTICIPACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO ANTE LA CRISIS

SANITARIA COLOMBIANA SEGÚN ASIS 2024

Modalidad: Monografía

Autor

JHON JAIRO BOTELLO JAIMES

Director

DAVID FERNANDO RUBIO QUINTERO

PhD

MAYO, 2026

índice

Resumen	6
1 Capítulo 1. Introducción.....	7
2 Objetivos.....	8
2.1 Objetivo general	8
2.2 Objetivos específicos	8
2.3 Antecedentes	8
3 Capítulo 2. Marco teórico.....	11
3.1 Paradigmas de la administración pública y transformación del Estado	11
3.1.1 El paradigma burocrático: racionalidad y control	11
3.1.2 Nueva gestión pública: competencia, eficiencia y resultados	12
3.1.3 El gobierno abierto y la administración en red	13
3.1.4 La gestión del conocimiento como eje de transformación del Estado	13
3.2 Gestión del conocimiento y aprendizaje organizacional como fundamentos de la innovación pública	14
3.2.1 El conocimiento como valioso activo estratégico del Estado.....	15
3.2.2 La organización que aprende: de la información a la sabiduría institucional	16
3.2.3 Barreras culturales y estructurales en la gestión del conocimiento público	17
3.2.4 La gestión del conocimiento en salud pública. De los datos a la acción	17
3.3 Innovación pública, democracia institucional y ética del cuidado	18
3.3.1 Innovar como práctica política y democrática	19
3.3.2 Invertir en el bien común: la ética del cuidado en el ámbito de la gestión pública	19
3.3.3 Democracia institucional y gestión del conocimiento.....	20
3.3.4 La innovación pública en salud: entre eficiencia y sensibilidad social	21
3.3.5 Innovación, ética y legitimidad del Estado	22
3.4 Anticipación clínica como postura epistemológica	22
4 Capítulo 3. Enfoque y diseño metodológico	24

4.1	Técnicas.....	25
4.1.1	Estrategia de búsqueda:	25
4.2	Fases del trabajo	26
5	Capítulo 4. Propuesta aplicada: Modelo de innovación pública anticipatoria en salud	26
5.1	Diagnóstico territorial y sanitario de la crisis del sistema de salud colombiano.....	26
5.2	Justificación del modelo	29
5.2.1	Principios orientadores del modelo.....	30
5.2.2	Componentes estructurales del modelo	31
5.2.3	Resultados esperados	34
5.2.4	Proyección de sostenibilidad	35
6	Capítulo 5. Conclusiones	35
7	Referencias.....	38

Índice de tablas

Tabla 1 Estrategias de búsqueda.....	25
Tabla 2. Marco axiológico y operativo para formular el modelo.....	30
Tabla 3. Matriz práctica del modelo.....	33

Lista de figuras

Figura 1. Cuatro dimensiones del modelo de anticipación clínica.....	23
Figura 2. Hallazgos del Análisis de la Situación en Salud, Colombia, 2024	28
Figura 3. Modelo de innovación pública anticipatoria en salud	34

Resumen

La presente monografía analiza críticamente la relación entre el Estado, la gestión del conocimiento y la inequidad sanitaria en Colombia, tomando como referencia los hallazgos del Análisis de la Situación de Salud de Colombia 2024 (ASIS). El problema de estudio parte de reconocer que la crisis del sistema de salud colombiano trasciende las limitaciones financieras y administrativas, y se relaciona con dificultades estructurales del Estado para transformar la información disponible en capacidades de anticipación, aprendizaje institucional y toma de decisiones orientadas a la prevención. Desde esta perspectiva, el trabajo se desarrolla a partir de una revisión documental y crítica de literatura especializada sobre administración pública, innovación pública, gestión del conocimiento, aprendizaje organizacional y gobernanza anticipatoria, articulada con el análisis de indicadores epidemiológicos, territoriales y sociales reportados en el ASIS 2024.

Los principales hallazgos evidencian que persisten profundas desigualdades territoriales en esperanza de vida, acceso a servicios de salud, disponibilidad de talento humano y mortalidad evitable, así como un incremento sostenido de enfermedades crónicas, trastornos mentales y enfermedades transmisibles asociadas a condiciones sociales y ambientales. A pesar de contar con herramientas diagnósticas robustas, el sistema de salud continúa operando bajo lógicas predominantemente reactivas y fragmentadas, con limitada capacidad para convertir el conocimiento epidemiológico en acciones preventivas y territoriales. En este contexto, la monografía propone un modelo de innovación pública anticipatoria en salud, basado en la gestión del conocimiento y la anticipación clínica, como una alternativa para fortalecer las capacidades estatales de aprendizaje, coordinación institucional y respuesta equitativa frente a los desafíos sanitarios contemporáneos.

Palabras clave: Gestión del conocimiento, Innovación pública, Gobernanza anticipatoria, Inequidad sanitaria, ASIS

1 Capítulo 1. Introducción

El sistema de salud colombiano enfrenta una crisis estructural que trasciende los problemas administrativos y financieros, afectando la capacidad del Estado para responder de manera equitativa, ética y anticipatoria a las necesidades de la población (Patiño, 2004; Uribe Gómez et al., 2025). Esta situación se refleja en la persistencia de inequidades sanitarias, el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles y las brechas territoriales en el acceso a los servicios de salud. En este contexto, el Análisis de la Situación de Salud de Colombia 2024 (ASIS) constituye una herramienta estratégica para comprender las dinámicas epidemiológicas y sociales del país. Según este informe, las enfermedades del sistema circulatorio continúan siendo la principal causa de mortalidad en Colombia, con una tasa de 129,05 por cada 100.000 habitantes (Minsalud, 2024). Como consideró este autor en otro texto (Botello, 2025), se trata de una crisis de anticipación. Es decir, el Estado ha llegado al punto de no ser capaz de aprender con la realidad, y ha dejado que el deterioro social crezca, como si se tratara de resignarse y esperar a que el daño sea irreparable. La anticipación clínica, como modelo epistemológico y ético, propone un cambio de paradigma, de un Estado que reacciona a un Estado que anticipa, que es capaz de convertir el conocimiento en acción preventiva y la gestión pública en un ejercicio ético del cuidado.

Desde esta perspectiva, la presente monografía se desarrolla en el campo de la gestión del conocimiento, la innovación pública y la gobernanza anticipatoria, entendiendo que el conocimiento debe convertirse en una herramienta estratégica para la toma de decisiones públicas (León et al., 2013). La anticipación clínica y social propone así un tránsito desde un Estado reactivo hacia un Estado capaz de transformar la evidencia en acción preventiva y el ejercicio de la administración pública en una práctica orientada al cuidado colectivo. Como señalan Sánchez et al., 2024, innovar en la administración pública implica crear estructuras que favorezcan el trabajo colaborativo, la creatividad y el aprendizaje organizacional, mientras que, Hernanz Moral, 2011) sostiene que la innovación depende también de las dinámicas sociales que la sostienen. En este marco, la monografía busca realizar una lectura crítica de la relación entre el Estado, el conocimiento y la inequidad sanitaria en Colombia a partir del ASIS 2024, con el propósito de proponer un modelo de innovación pública anticipatoria en salud orientado a fortalecer las

capacidades estatales para gestionar el conocimiento, anticipar riesgos y responder de manera más equitativa a las necesidades sanitarias de la población.

2 Objetivos

2.1 Objetivo general

Diseñar, a partir de una lectura crítica del ASIS Colombia 2024, un modelo de innovación pública anticipatoria basado en la gestión del conocimiento y el enfoque de anticipación clínica, orientado a fortalecer las capacidades del Estado colombiano para la prevención de crisis sanitarias, la reducción de inequidades territoriales y la toma de decisiones públicas fundamentadas en evidencia, en el contexto del sistema de salud colombiano.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar las principales barreras institucionales, culturales y epistemológicas que limitan la transformación innovadora del sistema de salud colombiano, tomando como base los indicadores del ASIS Colombia (2024) y los paradigmas actuales de la administración pública.
- Analizar el papel de la gestión del conocimiento y del aprendizaje organizacional como ejes estratégicos para fortalecer la capacidad anticipatoria y la toma de decisiones en el sistema de salud colombiano.
- Proponer un modelo de innovación pública anticipatoria en salud, basado en la gestión del conocimiento y el modelo de anticipación clínica, orientado a promover la equidad territorial, el aprendizaje institucional y la participación social en la gestión pública sanitaria.

2.3 Antecedentes

El acelerado incremento del volumen, la velocidad y la variedad de los datos en salud ha transformado el panorama de la información sanitaria en las últimas décadas (Rosa & Frutos, 2022). No obstante, ese crecimiento no ha estado acompañado de capacidades equivalentes para

administrarlos: persisten dificultades en la gobernanza de los datos, una escasa estandarización de los procesos de almacenamiento y de vinculación, y una limitada interoperabilidad entre los sistemas de gestión de información en salud (Costa et al., 2024). Tales deficiencias restringen, en última instancia, la posibilidad de transformar los datos en conocimiento útil, pese a que su aprovechamiento resulta determinante para mejorar la toma de decisiones en salud y, con ello, la calidad de vida de la población (Rosa & Frutos, 2022).

A esta problemática se suma una limitación de orden contextual especialmente relevante para América Latina y Colombia: buena parte de la evidencia que sustenta la investigación y la elaboración de guías de práctica clínica proviene de países desarrollados (Rosa & Frutos, 2022). La aplicación poco crítica de esa información a realidades distintas puede inducir sesgos y errores en la atención, por lo que la generación de datos locales se vuelve indispensable para que las decisiones respondan a las condiciones propias de cada territorio (Rosa & Frutos, 2022). Se evidencia así una primera tensión: aunque se dispone de grandes volúmenes de información, su utilidad depende tanto de su pertinencia contextual como de la capacidad institucional para procesarla.

En la misma línea, se ha documentado que los sistemas de información en salud suelen estar infravalorados o infrautilizados en la región, en parte por la persistencia de formatos en papel y por la falta de interoperabilidad, lo que reduce la recolección de datos a un trámite administrativo desconectado de la gestión (Alazraqui et al., 2006). Dado que las situaciones de salud cambian de manera continua, esta debilidad impide la actualización permanente de las necesidades de información que exigiría una respuesta oportuna. Frente a ello Alazraqui et al., (2006) proponen el esquema DICCA (dato, información, conocimiento, comunicación y acción), que incorpora la comunicación y la acción como eslabones necesarios para que la información se traduzca en estrategias concretas orientadas a reducir las desigualdades en salud. Este planteamiento resulta particularmente afín al presente trabajo, pues anticipa la idea de que el valor de los sistemas de información no reside en el dato en sí mismo, sino en su conversión en acción anticipatoria.

El reconocimiento de estas limitaciones ha impulsado a los gobiernos a replantear su funcionamiento, desplazándose desde una gestión burocrática tradicional hacia modelos más

emprendedores en los que la gestión del conocimiento se erige como pilar de la innovación pública (Jurado-Zambrano & Valencia Upegui, 2021). El conocimiento, entendido como un recurso intangible, valioso, escaso y que no se agota con su uso, adquiere un interés estratégico para las organizaciones. En este marco, los paradigmas de la Nueva Gestión Pública y de la gobernanza abren la puerta a nuevas herramientas y enfoques, y permiten comprender que lo público no equivale a lo gubernamental, pues muchos de los recursos necesarios para enfrentar los retos sociales contemporáneos se encuentran fuera del aparato estatal (Galindez & Núñez, 2020). Esta perspectiva amplía el horizonte de la innovación pública hacia esquemas colaborativos y en red, coherentes con una gestión del conocimiento abierta.

Al trasladar estas discusiones al caso colombiano, los antecedentes muestran que, si bien algunos indicadores sanitarios han mejorado, persisten rezagos notorios del sector rural frente al urbano en condiciones tan básicas como la infraestructura (Rodríguez-Triana et al., 2016). Ello invita a cuestionar la pertinencia de un modelo de salud que no incorpora las condiciones de vida de las poblaciones y que, en consecuencia, contribuye de forma limitada a transformar su estado de salud. La pregunta de fondo es hacia dónde debe orientarse el desarrollo del sistema para alcanzar mayores ganancias en equidad (Ruiz Gomez & Zapata Jaramillo, 2015). En esa dirección, se ha señalado que la homogeneidad en la operación del aseguramiento, aunada a la limitada capacidad institucional de las entidades territoriales donde se concentra la mayor marginalidad, demanda esquemas de atención diferenciados, con una mayor participación del sector público en la financiación y en el liderazgo de acciones que involucren a las propias comunidades y potencien los saberes autóctonos tradicionales (Ruiz Gomez & Zapata Jaramillo, 2015).

En conjunto, la literatura revisada revela un hilo conductor que inicia con la dificultad recurrente del Estado para convertir los datos y la información en conocimiento y en acción oportuna, particularmente en los territorios más vulnerables. Es precisamente en ese vacío donde se inscribe la presente monografía, que propone un modelo de innovación pública anticipatoria en salud, sustentado en la gestión del conocimiento y en la anticipación clínica, con el fin de fortalecer la capacidad estatal para prevenir riesgos sanitarios y reducir las inequidades territoriales. De este modo, los antecedentes no solo describen un problema técnico de gestión de datos, sino que delinean un desafío institucional y epistemológico: el de construir un Estado

capaz de aprender de su propia información para anticiparse al daño y orientar sus decisiones hacia la equidad.

3 Capítulo 2. Marco teórico

3.1 Paradigmas de la administración pública y transformación del Estado

La administración pública, entendida como la herramienta mediante la cual el Estado organiza, ejecuta y evalúa sus políticas, ha pasado por diferentes concepciones a lo largo de la historia (Carpintero et al., 2024). Cada una de ellas es una forma de pensar la relación entre el Estado, la ciudadanía, el conocimiento y la acción. La comprensión de estas concepciones de la administración pública permite sortear las dificultades a las que se enfrentan los procesos de innovación y gestión del conocimiento en las instituciones públicas (Quiroz-Valenzuela et al., 2023), pero no podría decirse que son estas instituciones las que originan los problemas de la administración pública y la gestión del conocimiento en los sectores estratégicos del Estado como la salud.

3.1.1 El paradigma burocrático: racionalidad y control

El modelo burocrático weberiano, formulado en las primeras décadas del siglo XX, marca el origen de la administración pública actual. Max Weber (Weber et al., 2014), planteó la necesidad de una organización jerárquica, como una forma de organizar, mediante normas impersonales y procedimientos racionales, concebida como un requisito de eficiencia y equidad en el ejercicio del poder. Este paradigma destaca la obediencia, la división funcional del trabajo y la buena institucionalización. No obstante, esta fortaleza –la previsibilidad– es un modelo rígido que se traduce en estructuras incapaces de afrontar la complejidad social.

(Crossman & Fernández de Castro, 2014) advierten que el Estado moderno, basado en la racionalidad burocrática, ha alcanzado una saturación tal que su propia lógica de control atenta contra la innovación. La administración pública tradicional centró su atención en la normatividad discrepante más que en la resolución positiva y creativa de los problemas. Por ello, los funcionarios se convirtieron en ejecutores de procedimientos antes que en creadores de

conocimiento(Martínez Castilla, 2016). Esta visión tecnocrática y vertical es expresión de las razones por las que muchas entidades públicas (el sistema de salud colombiano, por ejemplo) reproducen modelos reactivos, con poca capacidad de aprendizaje y débil coordinación intersectorial.

3.1.2 Nueva gestión pública: competencia, eficiencia y resultados

La actual gestión pública se ha concebido como producto de la competencia, la eficiencia y los resultados. Según esto, las reformas del Estado durante las últimas décadas del siglo XX llevaron a la aparición de una nueva forma de la gestión pública: la New Public Management o nueva gestión pública. Con la nueva gestión pública se introdujeron en la administración pública conceptos y valores derivados del ámbito de las empresas, tales como competencia, eficiencia, productividad y orientación al cliente. El funcionario público pasó a ser percibido como un gestor de resultados y el ciudadano se concibe como un cliente o un usuario de la administración pública. Este modelo de gestión pública incluye un conjunto de herramientas de evaluación, objetivos y controles sobre el rendimiento y el desempeño, pero su énfasis en la eficiencia económica lleva a reducir la dimensión participativa y ética de la administración pública. En la salud, la gestión pública asumió las lógicas de mercado que llevaron a asegurar el resultado en forma fragmentada, a privatizar progresivamente los servicios sanitarios y a subordinar la atención a la rentabilidad económica. (Divar, 2005) lo explica de la siguiente manera, a *grosso modo*: la globalización fue capaz de imponer una lógica económica que invadió las fronteras del Estado hasta convertir la gobernanza en una red de intereses transnacionales. De este modo, los gobiernos se vieron superados por el flujo del conocimiento y el poder global que circulaba fuera de su ámbito.

En ese sentido, el modelo de Nueva gestión pública, aunque a veces útil para mejorar los procesos administrativos, produjo un «déficit de aprendizaje» en las organizaciones estatales. Al promover indicadores cuantitativos, descuidó la gestión del conocimiento tácito, la cooperación entre los funcionarios y la inteligencia institucional. En Colombia, el déficit se puede observar en la escasa capacidad del sistema de salud para transformar los datos epidemiológicos en políticas de prevención y anticipación.

3.1.3 El gobierno abierto y la administración en red

A partir de las limitaciones de los modelos anteriores, estos dan paso a varios enfoques, orientados hacia la transparencia, la colaboración y la gobernanza compartida. El modelo del *open government* y la administración en red proponen una concepción del Estado como plataforma de conocimiento, donde ciudadanos, instituciones, academia y sector privado co-crean soluciones públicas. Para Sánchez et al., 2024, la innovación pública exige “dejar el control jerárquico por el proceso de aprendizaje colaborativo”, en el que las redes de conocimiento sustituyen las organizaciones rígidas del mando.

El cambio de paradigma supone aceptar que la inteligencia institucional es colectiva, aparece del diálogo entre saberes, de la capacidad del Estado de incorporar diversas visiones. En esa misma línea, la gestión del conocimiento es el elemento clave de la administración moderna. Las instituciones públicas deben organizar sus datos y sus experiencias y aprendizajes en sistemas que sean flexibles y que sirvan al proceso de toma de decisiones basado en diagnósticos confiables y en unos valores éticos comunes de corresponsabilidad. El gobierno abierto significa la reconfiguración de la legitimidad del Estado, pues ya no basta con administrar recursos financieros, sino que es necesario producir confianza social a partir de la participación y la transparencia. En palabras de Hernanz Moral, 2011, las dinámicas sociales de la innovación surgen en la colaboración en la que se comparte información precisa y se transforma en conocimiento útil para la acción. La administración pública pasa a ser considerada en este sentido como un ecosistema de aprendizaje, en que la innovación se convierte en un proceso técnico y en un saber cultural.

3.1.4 La gestión del conocimiento como eje de transformación del Estado

El tránsito de la burocracia hacia la gobernanza colaborativa supone una transformación epistemológica en la administración pública, no solo se trata de gestionar recursos o procedimientos, sino que ahora se trata de gestionar conocimiento. Senge (2005) plantea que las organizaciones que aprenden son aquellas que son capaces de reflexionar sobre su práctica, de descubrir los patrones de error y rediseñar sus estrategias a partir del aprendizaje colectivo. En este sentido, trasladado al Estado, este requiere un cambio de mentalidad en los funcionarios

públicos: del cumplimiento pasivo al pensamiento anticipatorio. En un país como Colombia, superar las barreras estructurales que limitan la innovación –fragmentación institucional, cultura del control, falta de incentivos para aprender o poca integración entre sectores– supone una tarea de gran envergadura.

La gestión del conocimiento puede servir como un nexo entre la política pública y la inteligencia territorial, para que el Estado actúe antes de que el problema se convierta en una crisis. La modernización de la administración pública en el siglo XXI exige ser entendida como un sistema abierto de aprendizaje. La información, la participación y la ética tienen que llevar consigo un modelo de gestión en el que la innovación no sea una anomalía, sino una práctica habitual que tienda al bien común.

Según (Cortina Orts, 1989a) la ética pública no consiste solo en cumplir la ley sino que es preciso construir confianza y equidad a partir de decisiones informadas y responsables. Se puede concluir, por tanto, que los paradigmas de la administración pública han pasado de la racionalidad burocrática a la inteligencia colaborativa aunque es preciso reconocer que la transición no ha sido lineal, ni homogénea. El reto para el país consiste en articular estos modelos en un enfoque de gestión anticipatoria, capaz de articular la eficiencia técnica y la responsabilidad ética y social. Así se podrá transformar la estructura estatal en un sistema que aprende, innova y cuida.

3.2 Gestión del conocimiento y aprendizaje organizacional como fundamentos de la innovación pública

El proceso de la administración pública actualmente parece haber asumido la gestión del conocimiento como un pilar estratégico del cambio institucional. El saber aprender de la experiencia, el saber sistematizar saberes, el saber convertir la información en decisiones efectivas es un criterio de legitimidad estatal y herramienta de la innovación. No obstante, la gestión del conocimiento no puede reducirse a un proceso técnico ni a un proceso informático, pues implica un cambio cultural y epistemológico en el Estado.

El hecho de que el conocimiento haya obtenido el refugio de los procesos de la administración pública al final del siglo XX se anticipa, de forma profética, por Peter Drucker (Drucker, 1986), quien aseguraba que el conocimiento había pasado a ser el recurso económico

del siglo XXI. Años después, este autor considera que la productividad de las organizaciones depende menos del capital, o del trabajo, y más de la capacidad para crear, aplicar y compartir conocimiento. Este enfoque, aplicado por extensión al ámbito público, modifica la función del funcionario público, que pasa de ser ejecutor de normas a ser un agente de aprendizaje y de transformación.

3.2.1 El conocimiento como valioso activo estratégico del Estado

(Sánchez et al., 2024) consideran que la innovación pública necesita una organización de las instituciones públicas que favorezca el intercambio de saberes y el trabajo en red entre los niveles jerárquicos. En su modelo de gestión de la innovación, plantean que las administraciones públicas deben establecer sistemas que hagan posible el intercambio bidireccional del conocimiento, de manera que los servidores públicos puedan compartir aprendizajes, registrar experiencias y construir inteligencia colectiva y, en consecuencia, el conocimiento debe ser gestionado como un bien común y no como un privilegio de unos pocos.

Para la gestión del conocimiento en el Estado, es preciso entender que la gestión del conocimiento es una política transversal que favorece y articula los procesos de producción, organización y uso del saber en todos los niveles institucionales. No se trata únicamente de disponer de bases de datos o repositorios de información, sino crear ecosistemas de aprendizaje para el diálogo entre actores públicos y comunitarios sobre los problemas reales del territorio. Según (Hernanz Moral, 2011b) la innovación social surge de las dinámicas de interacción, donde ciudadanos y servidores públicos construyen conocimiento situado y transforman sus contextos de forma colaborativa.

(Carballo, 2015) complementa la idea anterior señalando que la gestión del conocimiento requiere de metodologías y sistemas que hagan visible el aprendizaje organizacional. Para ello, propone modelos que integran la creatividad, la sistematización de experiencias y la evaluación continua como motores de la innovación. Desde esta perspectiva, el aprendizaje institucional no es un fin en sí mismo sino un medio para la creación de valor público.

3.2.2 La organización que aprende: de la información a la sabiduría institucional

Peter Senge (Senge et al., 2005) acuñó el concepto de la organización que aprende y la define como aquella que se esfuerza por expandir continuamente su capacidad para crear su futuro. Las organizaciones que aprenden desarrollan y aplican cinco disciplinas básicas: el pensamiento sistémico, la destreza personal, los modelos mentales, la visión compartida y el aprendizaje en equipo, disciplinas que, en la administración pública, son básicas, pues favorecen una cultura de la reflexión crítica, la cooperación interinstitucional y la responsabilidad colectiva.

El pensamiento sistémico permite analizar los fenómenos sociales –como la crisis del sistema de salud– complejos, conociendo con anterioridad las interdependencias entre factores económicos, culturales, institucionales y éticos. La visión compartida orienta a las instituciones a alcanzar para cada situación compartida un objetivo. El aprendizaje en equipo permite trabajar la inteligencia colectiva que los fenómenos públicos requieren. Según Senge (Senge et al., 2005), organización pública que no aprende es una organización condenada a repetir sus fallas, es decir, a representar continuamente la ineficiencia y mantener la desconfianza de la ciudadanía. En el mismo sentido, lo plantea Wenger (1998) (Wenger, 1998) al sugerir el concepto de comunidades de práctica, entendidas como conjuntos de personas que comparten una preocupación, una pasión o un problema y que, al final, profundizan su conocimiento mediante la interacción. Así, las comunidades de práctica son el fundamento social del conocimiento, porque permiten hacer circular los saberes tácitos y crear soluciones que se adaptan a los contextos. Esas comunidades pueden aparecer en la función pública como redes de aprendizaje entre funcionarios, equipos de salud territorial, mesas de innovación intersectoriales, etc. La conjunción de ambos modelos –el de Senge y el de Wenger– se inserta en la ruta de construir un Estado que aprende. Un Estado que hace de cada experiencia una oportunidad de mejora, y que entiende el intercambio de saberes como una fuente de legitimidad democrática. En el ámbito de la salud, estas comunidades pueden aglutinar los saberes de los profesionales, los académicos, los pacientes y los gestores para identificar problemas territoriales y anticipar respuestas sostenibles.

3.2.3 Barreras culturales y estructurales en la gestión del conocimiento público

A pesar de su capacidad de transformación, la gestión del conocimiento se encuentra con diferentes barreras en el sector público. (Sánchez et al., 2024) y (Hernanz Moral, 2011)incardinan cuatro tipos diferentes:

1. *Barreras estructurales:* i) jerarquías rígidas; ii) excesiva normatividad; y (iii) una fragmentación institucional que impide la circulación de la información.
2. *Barreras culturales:* i) resistencia al cambio; ii) temor al cambio; y iii) considerar el conocimiento como propiedad individual.
3. *Barreras tecnológicas:* fallas en la operación conjunta de los sistemas de información, desactualización de las bases de datos y escaso nivel de alfabetización digital.
4. *Barreras Políticas:* falta de voluntad para compartir conocimiento o de reconocer los errores, lo que limita el aprendizaje organizacional.

En el sistema de salud, en la falta de articulación entre el nacional, el departamental y el municipal; la escasa integración de los datos del ASIS para decides políticas y la débil relación entre las instituciones de salud y las comunidades, de modo que la información se produce pero no se traduce en conocimiento útil para prevenir el daño o anticiparse a brotes, lo que deriva en un déficit en el aprendizaje institucional.

Este autor, en un escrito anterior (Botello, 2025) utiliza el término asimetría epistémica para referirse a este fenómeno, que alude al desinterés por el conocimiento científico, la gestión administrativa y el saber comunitario, lo que impide construir respuestas efectivas a las necesidades sociales. Para avanzar en la superación de la asimetría se debe gestionar el conocimiento encauzándolo mediante una anticipación clínica del conocimiento que integre los niveles cognitivos, emocionales y éticos de la decisión pública.

3.2.4 La gestión del conocimiento en salud pública. De los datos a la acción

En el ámbito de la salud, la gestión del conocimiento debe cumplir un doble propósito: el primero es promover la capacidad institucional para aprender y, el otro, mejorar la equidad territorial para la atención. Para ello, el Estado debe manejar un ciclo de conocimiento que incluya

la producción, el almacenamiento, la difusión y la práctica del conocimiento, ciclo que no se presenta de forma lineal, sino de un modo en el que se retroalimenta el propio saber que, con el tiempo, se renueva. Conforme al ASIS Colombia (Minsalud, 2024) las diferencias de mortalidad por regiones indican que el sistema de salud no ha sido capaz de transformar la información epidemiológica en política de anticipación. La innovación con respecto a esto mismo, se traduce en dejar de conceptualizarlo con una lógica de control y pasar a una lógica del aprender. El Alto Gobierno debe promover programas de educación continua, sistemas de inteligencia del territorio y observatorios de la salud pública, que tiendan a articular la producción de conocimiento científico con el saber local.

(Sánchez et al., 2024) sostienen que el liderazgo del gobierno debe orientarse hacia la creación de valor compartido, donde se articule la competencia sana de los funcionarios con la presentación de aportes de ideas innovadoras. En la misma dirección, (Méndez Ortiz, 2015) señala que es necesario utilizar indicadores de innovación social para capturar el impacto de las estrategias de conocimiento sobre la calidad de vida y la cohesión social.

La gestión del conocimiento, por tanto, no puede ser un instrumento secundario de la administración pública, puesto que el conocimiento es su núcleo epistemológico. Cuando se trabaja con la anticipación clínica, la gestión del conocimiento se convierte en una habilidad para prever, cuidar y transformar, que permite al Estado recuperar su legitimidad y abordar éticamente las demandas sociales.

En síntesis, el aprendizaje organizacional y la gestión del conocimiento son condiciones *sine qua non* de la innovación pública. Las instituciones que aprenden van más allá del rendimiento, pues fortalecen la democracia y la confianza social. La tarea del sistema de salud en el país, es desarrollar lo que se ha llamado un ecosistema del conocimiento anticipador que tenga la capacidad de transformar la información en acción, el dato en cuidado y la gestión en ética pública.

3.3 Innovación pública, democracia institucional y ética del cuidado

La innovación pública, más allá de ser un conjunto de técnicas para la modernización administrativa o la digitalización de los procesos con la objetividad de llegar a un resultado

óptimo, implica una transformación ética y cultural del Estado para fortalecer la democracia, la participación ciudadana y la corresponsabilidad social. La innovación pública es una manera de pensar de una forma distinta el ejercicio del poder, el manejo del saber y la toma de decisiones para el bien común.

3.3.1 Innovar como práctica política y democrática

(Resnik, 2016) destaca que el lenguaje político y administrativo que emite el Estado lleva consigo decisiones y también emite la construcción de realidades. La palabra institucional designa los problemas que surgirán y los que se ocultarán, de modo que se pueden reconocer los saberes que se consideran válidos y los que deben descartarse. En esas consideraciones, innovar lo público, significa la búsqueda de cambiar los procesos de la administración y también significa cambiar el lenguaje del poder: abrirlo, democratizarlo y permitir la deliberación plural. (Sánchez Ortega & Russo, 2011), comprende esta idea y afirma que la buena democracia es aquella que le sirve a ella misma de experiencia, que se hace un análisis y se transforma a partir de la experiencia. Por lo tanto, la innovación institucional es un indicador de buena democracia: un presente institucional que no innova es un presente institucional que no aprende. Y un presente institucional que no aprende es un presente institucional que no escucha a la gente. Desde esta perspectiva, la gestión del conocimiento es una práctica política que da a conocer, que difunde, que redistribuir el poder. Las instituciones que gestionan el conocimiento legitiman su condición verbo-burocrática, dado que con estas las decisiones se sustentan en pruebas confiables, se promueve la transparencia y se hace reconocer la voz de los actores sociales. Por esto, la innovación pública es inseparable del aprendizaje democrático y la ética participativa.

3.3.2 Invertir en el bien común: la ética del cuidado en el ámbito de la gestión pública

(Cortina Orts, 1989) advierte que, para la ética pública, no basta con cumplir la ley, sino que exige la responsabilidad con el bien común. En la administración pública, el uso del poder no tiene sentido si no se entiende, si no se orienta hacia la construcción de condiciones de vida dignas para la gente. Esta ética, por tanto, supera la visión instrumental de la gestión, es decir, es otra forma de ser que incorpora un tipo de moral y un tipo de decisiones.

La ética del cuidado (Gilligan, 2013), por su parte, permite ampliar esta concepción al entender que las instituciones tienen que preocuparse por la vulnerabilidad humana y por la interdependencia. Cuidar en el ámbito de la gestión del conocimiento significa anticipar el daño, en un contexto de alteridad, diversidad y cuidado en la forma de actuar con el otro. Por su parte, (Botello, 2025), el autor recoge este principio respecto a la salud, a partir de la anticipación clínica como modelo epistemológico y práctico de transformación del conocimiento en la acción que cuida. El principio de anticipación aplicado al Estado implica pasar de una administración que se limita a reaccionar ante las crisis a una gobernanza que se anticipa a las crisis y las evita. No se trata únicamente de ser eficiente, sino de ser sensible, responsable y prudente. En este sentido, la innovación pública puede ser entendida como un proceso de mejora continua y una práctica ética que pone en cuestión la relación entre el Estado y la ciudadanía.

3.3.3 Democracia institucional y gestión del conocimiento

La democracia institucional se fortalece en la medida que las decisiones del Estado se sustentan en conocimiento compartido y en un procedimiento de deliberación pública. Los modelos actuales de gobernanza (gobierno abierto, gestión participativa, entre otros) incluyen mecanismos de transparencia, colaboración y co-creación que permiten a los ciudadanos intervenir activamente en la solución de los problemas públicos. (Sánchez et al., 2024) definen la organización pública innovadora como la que es capaz de crear espacios de confianza, donde los funcionarios tienen la oportunidad de sentirse libres para proponer ideas y aprender del error propio. Este clima de confianza es también la base de la democracia institucional, porque sin confianza no hay aprendizaje y sin aprendizaje no hay legitimidad.

El reto para Colombia es lograr formalizar un sistema de salud en el que los funcionarios, los profesionales sanitarios y las comunidades aporten corresponsablemente a la producción de conocimiento. La información suministrada por ASIS Colombia (Minsalud, 2024) debe transformarse en deliberación pública, en políticas anticipatorias y en decisiones informadas. En palabras de (Hernanz Moral, 2011): “la innovación social se produce cuando la ciudadanía y las instituciones reconocen su interdependencia y llevan a cabo en común proyectos de cambio”.

Por lo tanto, se debe entender el Estado como un sujeto colectivo de aprendizaje capaz de acoger las voces múltiples que conforman la sociedad. La anticipación clínica proporciona un marco conceptual para abordarlo, ya que propone un modelo de conocimiento que articula ciencia, ética y comunidad. En esta forma, la innovación pública deja de ser asunto técnico para ser un proceso de humanización institucional.

3.3.4 La innovación pública en salud: entre eficiencia y sensibilidad social

La innovación pública cobra especial importancia en el campo de la salud, donde la eficiencia administrativa y la racionalidad en el uso de los recursos son imprescindibles, aunque en ningún caso bastan si no van acompañadas de sensibilidad social y compromiso ético. La innovación debe entenderse como la anticipación clínica, entre otros, y por lo tanto supone repensar la atención sanitaria como un proceso educativo y comunitario en el que el conocimiento no se impone sino que se construye con las personas. El ASIS Colombia (Minsalud, 2024) expresa que los departamentos que presentan las tasas más altas de mortalidad evitable – La Guajira, Vaupés y Chocó –, por no poseer los recursos necesarios para revertir tales situaciones de desigualdad, no disponen de estrategias anticipatorias. Sabe el conocimiento epidemiológico que es existente, pero no pasa a la práctica territorial. La falta de integración de los saberes técnicos, las decisiones políticas y la participación social hace que la inequidad y la ineficiencia se perpetúen. La gestión del conocimiento con anticipación clínica permite configurar sistemas de alertas anticipatorias, planes territoriales de innovación y procesos formativos que fomentan la competencia sana de los funcionarios por presentarse con ideas innovadoras dirigidas a la salud. Tal y como plantea (Méndez Ortiz, 2015), la innovación social no se mide solo por la novedad de las ideas, sino por su incidencia en mejorar las condiciones de vida y fortalecer la cohesión social.

Desde esta perspectiva, la innovación pública es un campo de ejercicio de la justicia cognitiva: para que el conocimiento sea capaz de circular entre todos los actores. Las comunidades incrementen su capacidad de participar en las decisiones; la gestión institucional se interesa por la equidad y en la anticipación.

3.3.5 Innovación, ética y legitimidad del Estado

La relación entre innovación y legitimidad es directa. Un Estado que innova demuestra que es capaz de adaptarse y que esto lo mantiene comprometido a luchar por una sociedad justa. En cambio, un Estado que se detiene pierde la confianza y la legitimidad. No obstante, la innovación no puede ser considerada como una estrategia de marketing institucional, sino que debe ser entendida como una reconfiguración ética del ejercicio del poder. (Cortina Orts, 1989) por su parte, advierte que la ética pública no es un lujo filosófico, sino que es una condición de posibilidad para la sostenibilidad democrática. Cuando las instituciones se guían por los valores de justicia, transparencia y cuidado, el conocimiento será un bien público; la legitimidad del Estado se construirá no solo por la eficacia, sino por la ética de la responsabilidad.

La innovación pública de la salud, entendida según la gestión del conocimiento y la anticipación clínica, son una oportunidad histórica del Estado para articular eficiencia y humanidad. Esto implica construir un modelo de gobernanza anticipatoria cuyos ejes serán la vida, la equidad y la sostenibilidad. Este es, finalmente, el sentido profundo de la innovación: aprender a cuidar mediante el conocimiento, en función del bienestar social.

En síntesis, la innovación pública es un acto ético y político que busca restablecer la capacidad del Estado de aprender y cuidar. La democracia institucional solo puede fortalecerse en un entorno en el que el conocimiento se comparte, la participación se hace efectiva y la anticipación guíe la acción pública. En el sistema de salud del país, todo esto se traduce en construir políticas basadas en pruebas confiables, sensibilidad social y responsabilidad colectiva.

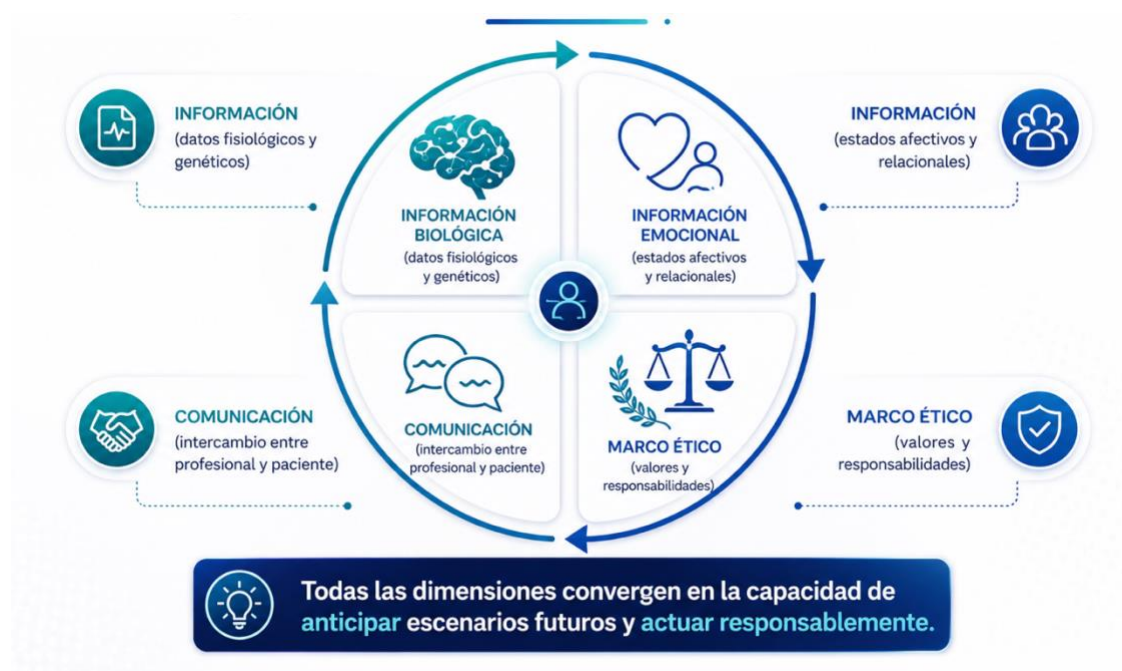
3.4 Anticipación clínica como postura epistemológica

La anticipación clínica es una forma de pensar y de decidir orientada a prever lo que puede ocurrir antes de que un problema se vuelva crítico, en lugar de esperar a que aparezca para reaccionar. La tesis de la que proviene este concepto (Botello, 2025) la define como un proceso que integra intuición, predicción, deliberación y comunicación, uniendo el “pensar rápido”, la respuesta inmediata que da la experiencia, con el “pensar despacio”, el análisis reflexivo (Kahneman & Chamorro, 2017) y el código comunicativo (Luhmann, 1997). Para lograrlo, articula

cuatro dimensiones inseparables: La dimensión cognitiva que combina conocimientos, razonamiento y experiencia para leer una situación y prever sus consecuencias, alternando la intuición con el análisis y reduciendo los errores de juicio. La dimensión ética se apoya en la ética del cuidado y en la ética de mínimos (Cortina Orts, 1989b; Gilligan, 2013) orienta las decisiones hacia lo justo, lo inclusivo y el bienestar de las personas. La dimensión emocional, fundamentada en Damasio (Damasio & Ros, 2021), reconoce que las emociones intervienen en toda decisión, por lo que propone aprender a identificarlas y gestionarlas, cultivar la empatía y crear entornos seguros para decidir bajo presión. Y por último la dimensión comunicativa la cual busca que las decisiones cognitivas se transmitan de manera efectiva, promoviendo la confianza y la comprensión entre médicos, pacientes y equipos interdisciplinarios (figura 1).

Figura 1.

Cuatro dimensiones del modelo de anticipación clínica.



Adaptado de “Anticipación clínica y diversidad: una innovación teórica y practica en la formación médica” por Jhon Jairo Botello Jaimes, 2025. (<https://ridum.umanizales.edu.co/items/176ab594-0378-4191-891c-c6495a195457>)

En síntesis, lo que se propone es pasar de un profesional, o de una institución, que reacciona cuando el daño ya ocurrió, a uno que anticipa, comprende y cuida antes de que el problema se manifieste. La anticipación clínica no separa el saber técnico del juicio humano, sostiene que decidir bien exige, al mismo tiempo, conocimiento sólido, sensibilidad ética y equilibrio emocional. En esencia, anticipar es, ante todo, una forma de cuidar.

La prevención clásica actúa sobre riesgos ya conocidos mediante protocolos estandarizados; responde a patrones establecidos, pero tiende a ser rígida y reactiva frente a lo nuevo. La salud pública predictiva, por su parte, emplea datos y modelos estadísticos para estimar la probabilidad de que ciertos eventos ocurran; es valiosa, pero se queda en el cálculo de lo que podría pasar. La anticipación clínica va un paso más allá, no se limita al protocolo ni a la estadística, sino que integra ese conocimiento con el juicio reflexivo, la ética y la dimensión emocional, siempre bajo un código comunicativo, situando cada decisión en su contexto y en la persona concreta. Dicho brevemente, predecir es estimar qué puede ocurrir; anticipar es, además, comprender, deliberar y actuar con cuidado antes de que el daño se produzca.

4 Capítulo 3. Enfoque y diseño metodológico

El presente trabajo corresponde a la modalidad de monografía, entendida como una investigación de carácter documental que aborda de manera sistemática y crítica un problema delimitado a partir de fuentes existentes. En consecuencia, no se recurre a la recolección de datos primarios en campo, sino al análisis e interpretación de información secundaria, en particular el Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia 2024 y de literatura especializada en administración pública, gestión del conocimiento e innovación pública articulando la anticipación clínica como postura epistemológica. El estudio adopta un enfoque cualitativo de carácter interpretativo con un alcance analítico-propositivo, analiza las causas estructurales y epistemológicas de la crisis sanitaria y, a partir de ello, formula un modelo de innovación pública anticipatoria en salud.

4.1 Técnicas

La técnica central fue el análisis documental complementado con el análisis de contenido. Se utilizaron matrices de análisis que organizaron la información por categorías, así como matrices axiológicas para sistematizar el modelo propuesto.

4.1.1 Estrategia de búsqueda:

La selección de las fuentes se realizó mediante una búsqueda documental sistemática en bases de datos académicas y repositorios institucionales. Se consultaron SciELO, Redalyc, Dialnet, ScienceDirect (Elsevier) y SAGE Journals para la literatura arbitrada, y los sitios oficiales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Como buscador complementario se utilizó Google Académico. La búsqueda se organizó en tres ejes temáticos, con ecuaciones que combinaron descriptores en español e inglés mediante operadores booleanos (AND, OR) y comillas para frases exactas, según se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1

Estrategias de búsqueda

Eje temático	Estrategia de búsqueda (términos y operadores booleanos)
Gestión del conocimiento e interoperabilidad de datos en salud	("gestión del conocimiento" OR "knowledge management") AND ("interoperabilidad" OR interoperability) AND ("sistemas de información en salud" OR "health information systems")
Observatorios y laboratorios de innovación pública	("laboratorio de innovación" OR "innovation lab" OR "public sector innovation") AND (gobierno OR government OR "sector público") AND (OCDE OR OECD OR OPS OR PAHO)
Inequidad sanitaria y capacidad estatal en Colombia	("inequidad en salud" OR "desigualdad en salud" OR "health inequity") AND (Colombia) AND ("determinantes sociales" OR "capacidad estatal" OR territorial)

Elaboración propia.

4.2 Fases del trabajo

El proceso se desarrolló en cinco fases. En la primera se realizó la revisión documental, en la segunda se construyó el marco teórico y se realizó un análisis crítico de las barreras institucionales, culturales y epistemológicas. En la tercera se efectuó el análisis y el diagnóstico de la situación de salud a partir del ASIS 2024. En la cuarta se diseñó el modelo de innovación pública anticipatoria en salud y finalmente, en la quinta etapa, se realizó la validación argumentativa del modelo y se formularon las recomendaciones.

5 Capítulo 4. Propuesta aplicada: Modelo de innovación pública anticipatoria en salud

5.1 Diagnóstico territorial y sanitario de la crisis del sistema de salud colombiano

Los hallazgos del ASIS Colombia 2024 evidencian que la crisis del sistema de salud colombiano no puede interpretarse únicamente como una dificultad financiera o administrativa, sino como una problemática estructural asociada a profundas desigualdades territoriales, sociales e institucionales. En términos de mortalidad, las enfermedades del sistema circulatorio continúan siendo la principal causa de muerte en el país, con una tasa de 129,05 por cada 100.000 habitantes, mientras que las causas externas como la violencia y los accidentes, representan la mayor carga de años de vida potencialmente perdidos, especialmente en hombres. Paralelamente, el perfil de morbilidad muestra una transición epidemiológica consolidada, en la que las enfermedades no transmisibles representan el 83,4 % de todas las atenciones en salud durante 2023, acompañado de un incremento progresivo en la prevalencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica en estadios avanzados. Sin embargo, lejos de observarse una reducción homogénea de las enfermedades transmisibles, el informe también reporta un aumento en la incidencia de dengue, malaria, enfermedad de Chagas y VIH, situación que refleja una coexistencia compleja entre enfermedades crónicas, infecciosas y condiciones sociales de vulnerabilidad.

El ASIS también pone en evidencia una marcada inequidad territorial en las condiciones de vida y acceso a los servicios de salud. La diferencia en la esperanza de vida entre

departamentos alcanza hasta 17 años, siendo Vaupés el territorio con menor esperanza de vida al nacer (60,7 años) frente al promedio nacional de 77,2 años. Estas desigualdades se reflejan igualmente en la mortalidad materna e infantil: la mortalidad por desnutrición en menores de cinco años fue 26 veces mayor en municipios con alta inseguridad alimentaria, mientras que la razón de mortalidad materna alcanzó 46,9 por cada 100.000 nacidos vivos, con cifras significativamente más elevadas en departamentos afectados por pobreza multidimensional. A ello se suma la persistencia de brechas en talento humano y cobertura sanitaria, dado que 251 municipios registran coberturas de afiliación inferiores al 67 %, y departamentos como Chocó, Amazonas, Vaupés y La Guajira presentan hasta cinco veces menos médicos por cada 10.000 habitantes respecto al promedio nacional. Estas condiciones revelan no solo una distribución desigual de recursos, sino también limitaciones estructurales del Estado para responder de manera anticipatoria y equitativa a las necesidades territoriales.

Adicionalmente, el ASIS Colombia 2024 muestra cómo factores sociales, ambientales y políticos continúan impactando directamente las dinámicas de salud pública del país. En materia de salud mental, se reportaron más de 9,2 millones de atenciones por trastornos mentales y del comportamiento en 2023, mientras que la tasa de suicidio mantiene una tendencia creciente, afectando principalmente a hombres y población joven. De manera paralela, el homicidio aumentó un 11 % respecto a 2014, alcanzando una tasa de 27,4 por cada 100.000 habitantes en 2023, lo que evidencia la persistencia de escenarios de violencia estructural. Los eventos climáticos extremos, particularmente inundaciones y sequías, afectaron a más de 2,6 millones de personas entre 2017 y 2024, favoreciendo la proliferación de enfermedades transmitidas por vectores y profundizando las condiciones de vulnerabilidad sanitaria en múltiples territorios. Finalmente, la judicialización de la salud continúa reflejando las dificultades de acceso efectivo al sistema, con 197.767 tutelas interpuestas en 2023, principalmente relacionadas con acceso a medicamentos y transporte de pacientes. En conjunto, estos hallazgos permiten interpretar que el sistema de salud colombiano enfrenta una crisis multidimensional caracterizada por la coexistencia de desigualdad territorial, carga creciente de enfermedad, fragilidad institucional y limitada capacidad de anticipación estatal frente a los riesgos sanitarios y sociales emergentes (figura 2).

Figura 2.

Hallazgos del Análisis de la Situación en Salud, Colombia, 2024

Elaboración propia.

En síntesis, los hallazgos del ASIS Colombia 2024 y el análisis de los paradigmas de la administración pública permiten evidenciar que la crisis del sistema de salud colombiano no responde únicamente a limitaciones financieras o administrativas, sino a una capacidad estatal insuficiente para transformar el conocimiento en acción anticipatoria, territorial y ética. La persistencia de inequidades en esperanza de vida, mortalidad materna e infantil, acceso a servicios de salud, disponibilidad de talento humano y carga de enfermedad refleja la existencia de un modelo institucional que continúa operando de manera fragmentada y predominantemente reactiva frente a problemas complejos y multidimensionales. Aunque el país

dispone de información epidemiológica robusta y de herramientas diagnósticas como el ASIS, persisten barreras estructurales, culturales y políticas que limitan el aprendizaje organizacional, la articulación intersectorial y la utilización estratégica del conocimiento para la toma de decisiones públicas. En este contexto, la innovación pública adquiere relevancia no solo como estrategia de modernización administrativa, sino como una apuesta ética y política orientada a fortalecer la capacidad del Estado para anticipar riesgos, reducir inequidades y construir respuestas institucionales más sensibles a las realidades territoriales. De esta manera, la gestión del conocimiento y la anticipación clínica emergen como elementos fundamentales para avanzar hacia un modelo de gobernanza anticipatoria en salud, capaz de integrar evidencia, participación social y aprendizaje institucional en función del bienestar colectivo y la legitimidad democrática del Estado.

5.2 Justificación del modelo

El sistema de salud colombiano se encuentra en una coyuntura crítica que necesita soluciones que vayan más allá de la reforma institucional o financiera. La información del ASIS Colombia (Minsalud, 2024), muestran un incremento desmesurado de la mortalidad por enfermedades no transmisibles, una inequidad territorial profunda y un debilitamiento de la capacidad estatal para anticipar el riesgo sanitario. Esta crisis, según se ha argumentado en la primera fase del proyecto, es estructural y también epistemológica, porque el Estado ha dejado de aprender de su propia información.

El modelo de la innovación pública anticipatoria que se plantea busca transformar esa realidad a partir de la unión de tres dimensiones interdependientes:

1. *Dimensión cognitiva:* construcción, gestión y aplicación del conocimiento en salud pública.
2. *Dimensión organizativa:* fortalecer el aprendizaje institucional y la cooperación intersectorial.
3. *Dimensión ética-emocional:* la incorporación de la anticipación clínica como cultura del cuidado y responsabilidad pública.

El propósito general del modelo es hacer un viraje a la gestión pública del sistema de salud a una gobernanza anticipativa, siendo el conocimiento, la ética y la innovación los núcleos de la toma de decisiones, la equidad del territorio y la sostenibilidad del derecho a la salud.

5.2.1 Principios orientadores del modelo

El diseño del modelo se fundamenta en cinco principios orientadores, derivados del diálogo entre los autores estudiados (Tabla 2).

Tabla 2.

Marco axiológico y operativo para formular el modelo.

Principio	Descripción	Autor de referencia
Aprendizaje institucional continuo	Las organizaciones públicas deben aprender de sus errores, sistematizar experiencias y construir conocimiento colectivo.	Senge (2005); Wenger (1998)
Gestión del conocimiento como bien público	El conocimiento debe circular libremente entre las instituciones y los territorios, fortaleciendo la transparencia y la participación.	Sánchez <i>et al.</i> , (2013)
Innovación ética	Innovar implica cuidar, anticipar el daño y orientar las decisiones hacia el bien común.	Cortina (2010); Botello (2025)
Gobernanza colaborativa	Las soluciones públicas deben construirse mediante redes interinstitucionales y comunidades de práctica.	Hernanz (2011)
Equidad territorial y justicia cognitiva	La gestión pública debe reconocer la diversidad y reducir las brechas epistémicas entre centro y periferia.	Divar (2006); Minsalud (2024)
Aprendizaje institucional continuo	Las organizaciones públicas deben aprender de sus errores, sistematizar experiencias y construir conocimiento colectivo.	Senge (2005); Wenger (1998)
Gestión del conocimiento como bien público	El conocimiento debe circular libremente entre niveles institucionales y territoriales, fortaleciendo la transparencia y la participación.	Sánchez <i>et al.</i> (2013)
Actitud ética	Implica cuidar, anticipar el daño y orientar las decisiones hacia el bien común.	Cortina (2010); Botello (2025)
Gobernanza colaborativa	Las soluciones públicas deben construirse mediante redes interinstitucionales y comunidades de práctica.	Hernanz (2011)
Equidad territorial y justicia cognitiva	La gestión pública debe reconocer la diversidad y reducir las brechas epistémicas entre centro y periferia.	Divar (2006); Minsalud (2024)

Elaboración propia.

5.2.2 Componentes estructurales del modelo

El modelo se organiza en tres componentes estratégicos, articulados por la noción de *anticipación clínica institucional* (Botello, 2025) (tabla 3 y figura 3):

5.2.2.1 Componente 1: Eje cognitivo – Gestión del conocimiento interinstitucional.

Objetivo: integrar los sistemas de información del sector salud (ASIS, RIPS, SIVIGILA, entre otros) en un ecosistema nacional de conocimiento que permita el análisis predictivo y las decisiones anticipatorias.

- Estrategias:
 - Creación del Observatorio Nacional de Anticipación Clínica y Gestión del Conocimiento, con sedes regionales.
 - Desarrollo de un repositorio interoperable de datos epidemiológicos, sociales y ambientales.
 - Implementación de programas de alfabetización digital y analítica de datos para funcionarios públicos.
- Resultado esperado:
 - Conocimiento útil, compartido y aplicado para prevenir riesgos y orientar políticas territoriales basadas en evidencia.

5.2.2.2 Componente 2: Eje organizacional — Aprendizaje institucional y redes de innovación

Objetivo: Fortalecer las capacidades del Estado y sus funcionarios para aprender, innovar y cooperar intersectorialmente.

- Estrategias:
 - Creación de comunidades de práctica territorial en salud pública, conformadas por funcionarios, académicos y líderes sociales.
 - Diseño de un programa de formación continua en innovación pública y gestión del conocimiento con enfoque en anticipación clínica.
 - Promoción de laboratorios de innovación gubernamental en salud, en articulación con universidades y secretarías departamentales.

- Reconocimiento institucional a la sana competencia y a las ideas innovadoras mediante convocatorias nacionales de buenas prácticas.
- Resultado esperado:
 - Cultura de aprendizaje organizacional y de innovación compartida en el sector público de salud.

5.2.2.3 *Componente 3: Eje ético-emocional — Anticipación clínica como cultura del cuidado*

Objetivo: Incorporar la anticipación clínica como principio ético y epistemológico en la gestión pública del sistema de salud.

- Estrategias:
 - Inclusión de la *anticipación clínica* en los lineamientos de política pública y en la formación de funcionarios.
 - Integración de metodologías de simulación clínica y escenarios de anticipación para la gestión del riesgo sanitario.
 - Promoción de valores institucionales de empatía, prudencia y responsabilidad anticipatoria.
- Resultado esperado:
 - Funcionarios capaces de tomar decisiones basadas en conocimiento y sensibilidad ética, orientadas al cuidado de la vida y la equidad.

Tabla 3.

Matriz práctica del modelo

Componente	Indicadores de innovación (Méndez Ortiz, 2017)	Actores responsables	Horizonte temporal
Eje cognitivo	• Creación de un observatorio nacional. • Número de bases de datos interoperables. • Proyectos de análisis predictivo implementados.	Minsalud, DANE, universidades, gobernaciones.	2025–2027
Eje organizacional	• Comunidades de práctica activas. • Funcionarios capacitados en gestión del conocimiento. • Proyectos intersectoriales generados.	Minsalud, ASCOFAME, universidades, Escuela Superior de Administración Pública.	2025–2026
Eje ético-emocional	• Lineamientos de anticipación en políticas públicas. • Programas de formación ética implementados. • Índice de satisfacción laboral y clima institucional.	Minsalud, Función Pública, secretarías departamentales.	2026–2028

Elaboración propia.

Figura 3.*Modelo de innovación pública anticipatoria en salud*

Elaboración propia.

5.2.3 Resultados esperados

El modelo pretende generar impactos en tres niveles:

1. *Institucional*: incremento de la capacidad de aprendizaje del Estado, mayor coordinación intersectorial y mejora en la toma de decisiones.
2. *Territorial*: reducción de inequidades regionales mediante la anticipación de riesgos y la gestión basada en conocimiento.
3. *Social y ético*: fortalecimiento de la confianza ciudadana en las instituciones, al observar decisiones transparentes, cuidadoras y anticipatorias.

5.2.4 Proyección de sostenibilidad

Para garantizar la sostenibilidad del modelo, se recomienda:

- Vincular el sistema propuesto con el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 3, 10 y 16).
- Promover alianzas con universidades y organismos internacionales (OPS, BID, UNESCO) para financiar proyectos de innovación en salud.
- Incorporar los resultados en los procesos de rendición de cuentas y en las evaluaciones de desempeño institucional.
- Fomentar la investigación aplicada y la publicación de experiencias de anticipación clínica e innovación pública.

En síntesis, la sostenibilidad del modelo depende de su capacidad para crear valor público, institucionalizar el aprendizaje y mantener la corresponsabilidad entre Estado y comunidad. El modelo de innovación pública anticipatoria en salud propone una nueva manera de gestionar el conocimiento estatal, combinando análisis técnico, aprendizaje organizacional y sensibilidad ética. Su implementación permitiría fortalecer la capacidad del Estado para anticipar las crisis, reducir inequidades territoriales y recuperar la confianza ciudadana mediante una gobernanza basada en el cuidado y el conocimiento compartido.

6 Capítulo 5. Conclusiones

La crisis estructural del sistema de salud colombiano, documentada en el *ASIS Colombia* (Minsalud, 2024), es una expresión tangible de los límites del modelo estatal actual. Más allá de los problemas financieros o administrativos, esta crisis revela un déficit epistemológico: la incapacidad del Estado para transformar la información en conocimiento útil, y el conocimiento en acción anticipatoria. En consecuencia, la salud pública del país no enfrenta únicamente una crisis de recursos, sino una crisis de aprendizaje.

El análisis realizado en este proyecto demuestra que la superación de esta crisis exige una reconversión del Estado hacia una gobernanza basada en el conocimiento, la ética y la innovación.

Para lograrlo, es necesario trascender el paradigma burocrático y avanzar hacia un modelo de administración pública que aprenda de sus propias experiencias, que dialogue con la ciudadanía y que actúe antes de que los problemas se conviertan en tragedias.

En este sentido, la gestión del conocimiento es una condición para la innovación pública. Las instituciones que gestionan el saber de manera abierta y colaborativa son más eficaces, más transparentes y más legítimas. Autores como Senge (2005) y Wenger (1998) señalan que las organizaciones que aprenden logran adaptarse mejor a los cambios y generan valor sostenible. En el sector salud, esto implica construir sistemas de información interoperables, comunidades de práctica interinstitucionales y redes de innovación territorial.

Asimismo, la anticipación clínica, propuesta por Botello (2025), ofrece una categoría epistemológica que integra las dimensiones cognitiva, emocional, comunicativa y ética del conocimiento. Este enfoque desplaza el eje de la gestión pública mediante la reacción ante la crisis hacia la prevención y el cuidado, permitiendo un Estado que actúe con eficiencia y con sensibilidad y responsabilidad. Anticipar es cuidar, y cuidar es conocer; esta máxima resume el sentido transformador de la innovación pública anticipatoria.

Por su parte, los aportes de Cortina (1989), Resnik (2016) y Russo (2011) permiten comprender que la innovación es, ante todo, una práctica ética y democrática. Un Estado que innova es un Estado que escucha, aprende y comparte el poder del conocimiento con su ciudadanía. La gestión del conocimiento, en este marco, es más que un instrumento técnico, una forma de garantizar justicia cognitiva y equidad social.

El modelo de innovación pública anticipatoria en salud propuesto en este trabajo representa una alternativa viable para enfrentar los desafíos actuales del sistema. Su estructura –basada en tres ejes: cognitivo, organizacional y ético-emocional– permite fortalecer el aprendizaje institucional, integrar el conocimiento entre niveles de gobierno y promover la cultura de la anticipación como principio rector de la función pública.

Entre sus principales aportes se destacan:

1. *Un marco teórico integrador*, que articula los paradigmas de la administración pública con la epistemología de la anticipación clínica y la ética del cuidado.

2. *Una matriz práctica de implementación*, que define indicadores, actores y estrategias para la innovación estatal en salud.
3. *Un enfoque de sostenibilidad*, alineado con el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que refuerza la corresponsabilidad entre Estado y sociedad.

La implementación de este modelo podría producir impactos significativos en tres niveles:

1. *Institucional*, mediante la consolidación de un Estado que aprende y gestiona conocimiento.
2. *Territorial*, reduciendo las desigualdades y fortaleciendo la equidad sanitaria.
3. *Social y ético*, promoviendo la confianza ciudadana y la participación activa en la toma de decisiones.

Finalmente, la innovación pública anticipatoria no es una técnica de gestión, sino una nueva racionalidad del Estado que significa reconstruir la relación entre conocimiento y poder, entre técnica y ética, entre política y ciudadanía. Supone que la administración pública deje de ser un espacio de reacción para convertirse en un espacio de creación, donde el conocimiento se ponga al servicio de la vida y la equidad.

Por esto, puede afirmarse que el futuro de la salud pública en Colombia dependerá de la capacidad del Estado para aprender a anticipar, es decir, para convertir el conocimiento en una forma de cuidado. Solo un Estado que aprende y cuida podrá garantizar el derecho a la salud como bien común, sustentado en una gestión pública innovadora, ética y democrática.

Desde la perspectiva del alto gobierno, la propuesta trasciende el plano técnico-administrativo para situarse en el terreno de la conducción estratégica del Estado. La innovación pública anticipatoria no puede reducirse a una herramienta operativa de las entidades del sector salud, exige una decisión política capaz de fijar el rumbo, articular la acción intersectorial y alinear los distintos niveles de gobierno en torno a una visión compartida de largo plazo que trascienda los ciclos electorales. Gobernar, en este sentido, es anticipar, quien dirige el Estado asume la responsabilidad de decidir en condiciones de incertidumbre, orientando el aparato institucional hacia la creación de valor público, la protección de la vida y el fortalecimiento de la legitimidad democrática. Por ello, la anticipación deja de ser una competencia exclusivamente clínica o

técnica para convertirse en un atributo esencial del ejercicio del alto gobierno, la capacidad de transformar el conocimiento en dirección estratégica, y la dirección estratégica en cuidado efectivo de la ciudadanía.

El tránsito hacia un Estado anticipatorio es un imperativo político, ético y cognitivo. La crisis del sistema de salud no se resolverá únicamente con reformas financieras, sino con una transformación profunda del modo en que el Estado produce, comparte y aplica conocimiento. La gestión del conocimiento y la anticipación clínica no son opciones accesorias, sino las condiciones para construir una administración pública capaz de prevenir el daño, proteger la vida y asegurar la dignidad humana en cada territorio.

7 Referencias

- Alazraqui, M., Mota, E., & Spinelli, H. (2006). Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(12), 2693–2702. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200018>
- Botello, J. (2025). *Anticipación clínica y diversidad: una innovación teórica y práctica en la formación médica* (Editorial Gallego, Ed.).
- Carballo, Roberto. (2015). *Innovación y gestión del conocimiento : modelo, metodología y gestión del conocimiento*. Díaz de Santos.
- Carpintero, J. A. R., Ramírez, H. J. C., Carpintero, J. A. R., <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=6733532>, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=6733533>, & <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=6733534>. (2024). Paradigmas sobre el campo de la administración pública en Latinoamérica en el contexto de los gobiernos entre los años 1990 a 2020. *AD-Minister*, ISSN 1692-0279, ISSN 1692-0279, N°. 44, 2024, Págs. 33-48, (44), 33–48. <https://doi.org/10.17230/Ad-minister.44.2>

- Cortina Orts, Adela. (1989a). *Ética mínima : introducción a la filosofía práctica*. Tecnos.
- Cortina Orts, Adela. (1989b). *Ética mínima : introducción a la filosofía práctica*. Tecnos.
- Costa, T., Borges-Tiago, T., Martins, F., & Tiago, F. (2024). System interoperability and data linkage in the era of health information management: A bibliometric analysis. *Health Information Management*, 54(3), 214. <https://doi.org/10.1177/18333583241277952>
- Crossman, R. H. S. ., & Fernández de Castro, J. Antonio. (2014). *Biografía del estado moderno*. Fondo de Cultura Económica.
- Damasio, Antonio., & Ros, J. (2021). *Sentir y saber : El camino de la consciencia*. Ediciones Destino.
- Divar, Javier. (2005). *Globalización y democracia*. Dykinson.
- Drucker, P. Ferdinand. (1986). *Innovation and entrepreneurship : practice and principles*. Harper & Row.
- Galindez, C., & Núñez, A. (2020). What distinguishes innovation labs? Analysis of the characteristics based on three Latin American case studies. *European Public & Social Innovation Review*, 5(2). www.sinnergiak.org/pub
- Gilligan, Carol. (2013). *La ética del cuidado*. Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Hernanz Moral, J. Antonio. (2011a). *Innovación y dinámicas sociales en la era del conocimiento*. Plaza y Valdés, S.A. de C.V.
- Hernanz Moral, J. Antonio. (2011b). *Innovación y dinámicas sociales en la era del conocimiento*. 208. <https://ctsimexico.wordpress.com/2013/08/09/innovacion-y-dinamicas-sociales-en-la-era-del-conocimiento/>
- Jurado-Zambrano, D. A., & Valencia Upegui, S. M. (2021). Gestión del conocimiento: caso de una entidad del sector público colombiano. *Tendencias*, 22(2), 130–156. <https://doi.org/10.22267/rtend.212202.171>
- Kahneman, Daniel., & Chamorro, J. (2017). *Pensar rápido, pensar despacio*. Debolsillo : Penguin Random House Grupo Editorial.

- León, K. F., Lemus, K. H., & Trabada, A. L. (2013). La gestión del conocimiento como herramienta de apoyo al proceso de decisiones. *RIPS. Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, 12(1), 115–156. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=38028441010>
- Luhmann, Niklas. (1997). *Organización y decisión. Autopoiesis, acción y entendimiento comunicativo*. Anthropos.
- Martínez Castilla, S. (2016). La burocracia: elemento de dominación en la obra de Max Weber. *Misión Jurídica*, 9(10), 141–154. <https://doi.org/10.25058/1794600X.122>
- Méndez Ortiz, E. L. (2015). *Batería de indicadores de Innovación social*. /. <https://repositorio.fedepalma.org/handle/123456789/108824>
- Minsalud. (2024). *Análisis de Situación de Salud Colombia. 2024*. www.minsalud.gov.co
- Patiño, J. (2004). A salvar los hospitales, no las EPS La crisis estructural del sistema de salud. *Revista Colombiana de Cirugía*, 30.
- Quiroz-Valenzuela, R. J., Mendoza-Barrientos, L. C., Aguilar-Janto, L. E., Quiroz-Valenzuela, R. J., Mendoza-Barrientos, L. C., & Aguilar-Janto, L. E. (2023). Gestión del conocimiento en entidades públicas Latinoamericanas 2016-2022. Una revision sistemática. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 8(1), 636–650. <https://doi.org/10.35381/R.K.V8I1.2828>
- Resnik, M. H. (2016). *Paradigmas en ciencia política*. Eudeba.
- Rodríguez-Triana, D. R., Benavides-Piracón, J. A., Rodríguez-Triana, D. R., & Benavides-Piracón, J. A. (2016). Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(3), 359–371. <https://doi.org/10.17533/UDEA.RFNSP.V34N3A10>
- Rosa, J. M., & Frutos, E. L. (2022). Ciencia de datos en salud: desafíos y oportunidades en América Latina. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 33(6), 591–597. <https://doi.org/10.1016/J.RMCLC.2022.09.007>

- Ruiz Gomez, F., & Zapata Jaramillo, T. (2015). *La Equidad en salud para Colombia, Brechas Internacionales y territoriales*. Ministerio De Salud y Proteccion Social.
- Sánchez, Carmina., Lasagna, Marcelo., & Marcet, Xavier. (2024). *Innovación pública: un modelo de aportación de valor* Carmina Sánchez; Marcelo Lasagna; Xavier Marcet. RIL Editores.
- Sánchez Ortega, J. Alberto., & Russo, J. J. (2011). *Repensar la ciencia política*. IEEG, Instituto Electoral del Estado de Guerrero : Miguel Ángel Porrúa.
- Senge, P. M. ., Kleiner, Art., & Roberts, Charlotte. (2005). *La quinta disciplina en la práctica*. Ediciones Granica.
- Uribe Gómez, M., Ríos, P. A. B., & Rúgeles, C. L. (2025). La eliminación de intermediarios en el sistema de salud colombiano: una reforma que redistribuye la carga sin resolver la crisis estructural. *Analisis Politico*, 37(109), 131–154. <https://doi.org/10.15446/ANPOL.V37N109.118421>
- Weber, Max., Gil Villegas M., Francisco., Medina Echavarría, J., Roura-Parella, Juan., Imaz, Eugenio., García Máynez, Eduardo., & Ferrater Mora, J. (2014). *Economía y sociedad*. Fondo de Cultura Económica.
- Wenger, E. (1998). *Communities of Practice*. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511803932>