

Apropiación social del conocimiento como expresión de la Responsabilidad Social Universitaria en ciencias de la salud: una revisión de alcance.

Social Appropriation of Knowledge as an expression of University Social Responsibility in health sciences: a scoping review.

Licet Villamizar-Gómez¹ *, Lizeth-Yamile Sierra-Torres²

¹ Instituto de Investigaciones, Vicerrectoría de Investigación, Universidad FUCS, Hospital de San José, Bogotá, Colombia. ORCID: 0000-0002-1875-114X

² Vicerrectoría de Investigación, Universidad FUCS, Hospital de San José, Bogotá, Colombia. ORCID: 0009-0000-2414-1981

* Correspondencia: flvillamizar@fucsalud.edu.co

Recibido: 27/6/26; Aceptado: 3/9/26; Publicado: 4/9/26

Resumen.

Introducción. La Responsabilidad Social Universitaria (RSU) orienta a las instituciones de educación superior a responder a las necesidades de la sociedad, y en ciencias de la salud implica articular la docencia, la investigación y la extensión con las prioridades de salud de las comunidades. Por otra parte, la apropiación social del conocimiento (ASC) representa una práctica de co-creación con las comunidades. La relación de la RSU y la ASC potencializa las prácticas educativas con las comunidades externas. **Objetivo.** Identificar y mapear las experiencias en las que la comunidad universitaria de ciencias de la salud promueve la apropiación social del conocimiento (ASC) en comunidades externas, como expresión de la RSU. **Métodos.** Se realizó una revisión de alcance que incluyó estudios primarios que relacionaran las prácticas de ASC con la RSU en comunidades externas promovidas por al menos un miembro perteneciente a una facultad de ciencias de la salud. La búsqueda se realizó en cuatro bases de datos. La extracción de datos incluyó: objetivo del estudio, participantes universitarios y comunitarios, acciones, co-creación y resultados de la ASC. **Resultados.** Se hallaron 218 registros de los que se incluyeron 7, publicados entre 2013 y 2025. Predominaron las modalidades de aprendizaje-servicio, junto con un modelo institucional de educación médica con compromiso comunitario, una campaña liderada por estudiantes, una jornada de divulgación y un proceso de investigación participativa comunitaria. Las experiencias evidenciaron diferentes niveles de co-creación del conocimiento, desde estrategias centradas en la transferencia unidireccional de información hasta procesos de construcción conjunta con las comunidades. Los resultados incluyeron empoderamiento, transferencia de conocimiento, satisfacción y fortalecimiento del vínculo universidad-comunidad. **Conclusiones.** La ASC se configura como un proceso relacional, sostenido y construido con las comunidades, más que como una transferencia unidireccional de información. Integrar la RSU y la ASC como ejes transversales de la formación en ciencias de la salud representa una oportunidad para formar profesionales socialmente comprometidos.

Palabras clave: Responsabilidad Social Universitaria, Apropiación Social del Conocimiento, Educación en Ciencias de la Salud, Aprendizaje, Servicio, Participación de la Comunidad.

Abstract.

Introduction. University Social Responsibility (USR) guides higher education institutions in addressing societal needs. In the health sciences, it involves aligning teaching, research, and community engagement with the health priorities of communities. On the other hand, Social Appropriation of Knowledge (SAK) represents a practice of co-creación with communities. The relationship between USR and SAK strengthens educational developed in collaboration with external communities. **Objective.** To identify and map experiences in which the health sciences university community promotes Social Appropriation of Knowledge (SAK) in external communities as an expression of University Social Responsibility (USR). **Methods.** A scoping review was conducted, including primary studies that examined SAK practices associated with USR in external communities and promoted by at least one member affiliated with a health sciences faculty. The literature search was performed across four databases. Data extraction included the study objective, university and community participants, implemented actions, co-creation processes, and SAK outcomes. **Results.** A total of 218 records were identified, of which seven studies published between 2013 and 2025 met the inclusion criteria. Service-learning was the predominant approach, alongside an institutional community-engaged medical education model, a student-led campaign, a science outreach initiative, and a community-based participatory research process. The experiences spanned a continuum of co-creation, ranging from predominantly unidirectional knowledge transfer to genuine knowledge co-creation with communities. Reported outcomes included community empowerment, knowledge transfer, participant satisfaction, and strengthened university–community partnerships. **Conclusions.** SAK is best understood as a relational, sustained, and collaborative process built with communities rather than as a unidirectional transfer of information. Integrating USR and SAK as cross-cutting components of health sciences education represents an opportunity to train socially accountable health professionals.

Keywords: University Social Responsibility, Social Appropriation of Knowledge, Health Sciences Education, Service-Learning, Community Participation.

1. Introducción

La educación biomédica tiene como propósito formar profesionales capaces de responder a las necesidades de salud de la sociedad. En este contexto, las instituciones de educación superior enfrentan el desafío de preparar profesionales socialmente competentes y responsables, comprometidos con la transformación de las realidades de las comunidades (1). El modelo de la Responsabilidad Social Universitaria (RSU) orienta a las instituciones de educación superior a responder a los retos sociales mediante la articulación de la docencia, la investigación y la extensión con las necesidades de la población (2).

De acuerdo con Vallaes (3), la RSU implica una mirada más amplia del ámbito profesional que involucra la comprensión de las dimensiones políticas, sociales y económicas de su ejercicio institucional académico y de formación. En las ciencias de la salud, este enfoque implica desarrollar competencias que trascienden la formación técnico-clínica e incorporan el compromiso ético, la equidad, la participación y la transformación social (4). Entre las estrategias para materializar la RSU se encuentran el aprendizaje-servicio, el aprendizaje comunitario y otras metodologías participativas que fortalecen el vínculo entre la universidad y la sociedad (5).

Como parte de la comprensión de lo social, la OMS (6) ha definido la participación comunitaria como: “el proceso de desarrollo de relaciones que permiten a las partes interesadas colaborar para abordar problemas de salud y promover el bienestar, logrando así un impacto y resultados positivos en la salud”. Con base en la anterior definición, la búsqueda de conexión de los sistemas de salud con las comunidades genera la posibilidad de aprendizajes constantes para el bienestar y

la sostenibilidad de prácticas de cuidado. La voz de las comunidades ha tomado mucha más relevancia al centrar su enfoque en relaciones basadas en valores como el respeto y reconocimiento del otro con la finalidad de identificar las necesidades sentidas en su territorio por medio de las creencias y costumbres. En este ejercicio de reconocimiento, la OMS es clara al indicar que estas acciones no solo son responsabilidad del personal de salud comunitario, sino que incluye a diferentes actores como responsables políticos, investigadores y organizaciones no gubernamentales.

Diversos estudios han presentado resultados positivos en salud a través de la participación ciudadana. Haldane et al. (7), indican que este enfoque sumado a los Objetivos de Desarrollo Sostenible implica de estrategias participativas, las cuales generan empoderamiento comunitario y disminución de las desigualdades en salud; este estudio, contribuye a la base de evidencia que respalda la efectividad de la participación comunitaria para generar resultados positivos a nivel organizacional, comunitario e individual.

Gracias a la participación comunitaria y, sumado a la co-creación de las comunidades, surge el término Apropiación Social del Conocimiento (ASC) que busca generar condiciones para el uso, la inclusión y el intercambio de saberes y conocimientos mediante procesos participativos que favorezcan la democratización de la ciencia y contribuyan a la transformación de los territorios (8); este concepto promovido desde el marco de la Ciencia, la Tecnología e Innovación (CTeI) de Colombia, resulta ser una ruta innovadora que percibe las alianzas como propias y no impuestas por los sistemas de salud. En las ciencias de la salud, este enfoque permite integrar la formación, la investigación y la extensión con las prioridades de salud de las comunidades al fortalecer tanto las capacidades comunitarias como la formación de profesionales socialmente comprometidos. En este escenario, la RSU juega un papel relevante al reconocer los compromisos de la Universidad con la sociedad y sus comunidades. Para el caso de los programas de ciencias de la salud, el identificar sus características, modalidades de implementación y resultados permitirá comprender cómo estas iniciativas fortalecen, bajo el modelo de RSU, la relación entre la universidad y las comunidades y aportan al compromiso social de las instituciones de educación superior.

Por lo anterior, el objetivo de esta revisión de alcance fue identificar y mapear las experiencias en las que la comunidad universitaria de ciencias de la salud promueve la Apropiación Social del Conocimiento en comunidades externas como expresión de la Responsabilidad Social Universitaria.

2. Métodos

Se realizó una revisión de alcance siguiendo el marco metodológico de Arksey y O'Malley (9), con los refinamientos propuestos por Levac et al. (10), y se reportó conforme a la guía PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) (11). Este diseño se seleccionó por su idoneidad para mapear la extensión, el alcance y la naturaleza de la evidencia disponible sobre un tema amplio y heterogéneo, así como para identificar vacíos de conocimiento. Esta revisión de alcance no contó con un protocolo previo pero siguió la metodología previamente descrita.

La pregunta de revisión se formuló mediante el marco Población–Concepto–Contexto (PCC): ¿Cuáles son las prácticas mediante las cuales la comunidad universitaria de ciencias de la salud promueve la Apropiación Social del Conocimiento en comunidades externas y cuáles son sus características, modalidades y resultados? La población correspondió a integrantes de la comunidad universitaria de ciencias de la salud (estudiantes, docentes, egresados, personal administrativo, directivos o la institución); el concepto fue la Apropiación Social del Conocimiento como expresión de la Responsabilidad Social Universitaria, incluyendo procesos de participación, diálogo de saberes y co-creación del conocimiento; y el contexto incluyó comunidades externas a la universidad, como instituciones educativas, comunidades vulnerables, contextos rurales, poblaciones migrantes o personas privadas de la libertad.

La búsqueda bibliográfica se realizó en mayo de 2026 en las bases de datos PubMed, EMBASE, Epistemonikos y LILACS. La estrategia de búsqueda se adaptó a las características de cada base de datos y combinó términos relacionados con Responsabilidad Social Universitaria, ciencias de la salud y Apropiación Social del Conocimiento, junto con términos cercanos como “participación comunitaria” y “compromiso comunitario”, con la finalidad de incrementar la posibilidad de hallar estudios internacionales. En el material suplementario se presenta la estrategia utilizada en las bases de datos. La gestión de las referencias bibliográficas y el proceso de selección de los estudios se realizaron mediante la plataforma Rayyan. Esta selección se realizó de manera pareada y los desacuerdos fueron resueltos al revisar el texto completo.

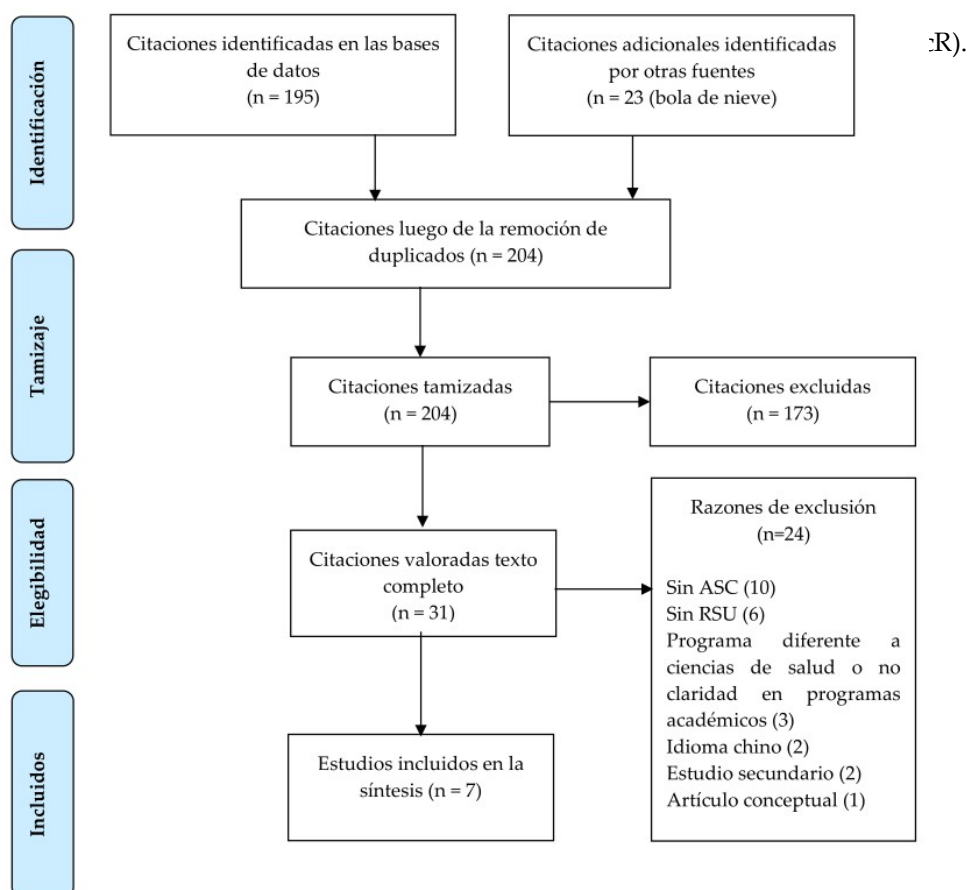
Se incluyeron estudios primarios publicados en inglés, español o portugués que abordaran la Responsabilidad Social Universitaria o describieran acciones coherentes con este enfoque y desarrollaran procesos de Apropiación Social del Conocimiento en comunidades externas, entendidos como iniciativas que incorporaran reconocimiento del contexto, participación de la comunidad y alguna forma de interacción o construcción compartida del conocimiento, de acuerdo con la Política Pública de Apropiación Social del Conocimiento en el marco de la Ciencia, la Tecnología e Innovación; en especial que representaran sus principios: (a) reconocimiento de contexto; (b) participación; (c) diálogo de saberes y conocimientos; (d) transformación, y (e) reflexión crítica (8). Además, los estudios debían involucrar al menos un integrante de la comunidad universitaria perteneciente a programas de ciencias de la salud. Se excluyeron revisiones de la literatura, editoriales, cartas al editor, comentarios, resúmenes de congresos y estudios que no permitieran identificar procesos de Apropiación Social del Conocimiento desarrollados con comunidades externas.

De los estudios incluidos se extrajeron las siguientes variables: autores, año de publicación, sitio de aplicación de RSU y ASC, objetivo, participantes universitarios, comunidad participante, tipo de intervención, acciones desarrolladas, nivel de participación comunitaria, presencia de co-creación o construcción compartida del conocimiento y principales resultados relacionados con la Apropiación Social del Conocimiento.

3. Resultados

3.1 Selección de estudios

La búsqueda identificó 218 registros (195 en bases de datos y 23 resultados mediante búsqueda por bola de nieve). Tras la eliminación de duplicados, se tamizaron 204 registros, de los cuales se excluyeron 173 durante la revisión de título y resumen. Posteriormente, se analizaron 31 artículos en texto completo y se incluyeron finalmente siete estudios en la síntesis (figura 1). Las razones de exclusión en la evaluación de texto completo fueron: ausencia de la aplicación de la Apropiación Social del Conocimiento ($n = 10$), ausencia de Responsabilidad Social Universitaria ($n = 6$), programas no pertenecientes a ciencias de la salud o sin claridad sobre los programas incluidos ($n = 3$), artículos en idioma chino ($n = 2$), estudios secundarios ($n = 2$), y artículo conceptual ($n = 1$).



3.2 Características de los estudios incluidos

Se incluyeron siete estudios publicados entre 2013 y 2025 (12–18). En la tabla 1 se presentan las prácticas universitarias institucionales o de un programa académico en ciencias de la salud hacia la comunidad. Los estudios se desarrollaron en España (n = 3), Canadá (n = 2), República Democrática del Congo (n = 1) y la última en Ruanda y México con apoyo de Estados Unidos. En estas investigaciones, participaron estudiantes, docentes y profesionales de diversas disciplinas de las ciencias de la salud, incluyendo medicina, enfermería, salud pública, fisioterapia, terapia ocupacional, farmacia, dietética, microbiología y ciencias de la actividad física y del deporte. Predominaron las experiencias de aprendizaje-servicio (12,13,17), seguidas por un modelo institucional de educación médica con compromiso social (14), una estrategia de divulgación comunitaria (15), una campaña educativa liderada por estudiantes durante una emergencia sanitaria (16) y un proceso de investigación participativa basada en la comunidad (18). Las prácticas comunitarias representadas en los participantes, las acciones, la co-creación y resultados de la ASC se describen en la tabla 2. Las comunidades participantes incluyeron comunidades rurales, sobrevivientes de conflictos armados (12, 16), mujeres privadas de la libertad (13), comunidades indígenas (14), población escolar (15), personas en situación de exclusión social (17) y personas que usan drogas (18).

3.3 Síntesis narrativa de las prácticas de las universidades sobre RSU

3.3.1 Experiencias de aprendizaje-servicio

Plumb et al. (12) comparan dos iniciativas internacionales de aprendizaje-servicio en salud global, desarrolladas por equipos de estudiantes y docentes de ciencias de la salud de la Thomas

Jefferson University (en Ruanda) y la San José State University (en México). En Ruanda, una aldea de sobrevivientes del genocidio identifica sus propias necesidades y, mediante comités de salud comunitarios y un modelo de “formar al formador”, se ponen en marcha proyectos sostenibles de generación de ingresos, agua y saneamiento. En México, las familias anfitrionas co-organizan la feria de salud en una relación recíproca de intercambio cultural. Ambos casos, de carácter descriptivo, ilustran una apropiación localmente sostenible del conocimiento. Como punto desfavorable del estudio, no se indica una evaluación formal de impacto. Hinojosa-Alcalde y Soler (13) analizan una intervención de aprendizaje-servicio feminista crítico en una prisión de mujeres, originada por la colaboración entre el profesorado del INEFC–Universitat de Barcelona y el Departamento de Justicia de Cataluña. Los estudiantes diseñan e implementan un programa de actividad física construido a partir de los intereses de las mujeres reclusas, en una relación entre iguales que rompe la rutina y el aislamiento, mejora la convivencia y fortalece el vínculo prisión–universidad. Valderrama et al. (17) describen el programa de aprendizaje-servicio “Movies in company for preventing diseases”, generado por docentes de microbiología de la Universidad Complutense de Madrid para acercar el conocimiento microbiológico a personas en situación de vulnerabilidad. A través de equipos multidisciplinares de estudiantes de ciencias de la salud, el programa proyecta películas y desarrolla coloquios y materiales divulgativos en centros sociales, con identificación previa de los intereses del grupo y reconocimiento mutuo final, lo que se traduce en alta satisfacción y en información útil sobre prevención e higiene para los participantes.

3.3.2 Modelo institucional de educación médica con compromiso social

Strasser et al. (14) describen la Northern Ontario School of Medicine, una escuela creada con mandato de responsabilidad social para mejorar la salud de una región rural desatendida. Mediante formación clínica distribuida en más de 70 comunidades, la escuela logra mayor permanencia de profesionales en el territorio, impacto socioeconómico positivo y empoderamiento comunitario.

3.3.3 Estrategia de divulgación comunitaria

Díaz et al. (15) presentan la actividad “¡Hoy vamos a urgencias!”, una jornada formativa anual liderada por una pedagoga y profesionales sanitarios del Hospital Clínic, el Sistema de Emergencias Médicas (SEM) y el Consorci d’Atenció Primària de Salut Barcelona Esquerra (CAPSBE). Esta jornada está dirigida al alumnado de educación secundaria. El estudio describe el liderazgo de profesionales y docentes sanitarios vinculados a la Universitat de Barcelona y orienta la apropiación del conocimiento hacia una comunidad externa (centros educativos). Su objetivo fue: Presentar la finalidad, el contenido y los aspectos logístico-pedagógicos de la actividad “¡Hoy vamos a urgencias!”, y evaluar el proyecto, que a permanecido por 15 años, a través de la opinión de sus participantes. La experiencia transfiere conocimiento sobre el uso adecuado de los servicios de urgencias y obtiene una buena valoración, aunque la definición de contenidos recae principalmente en los organizadores.

3.3.4 Campaña educativa liderada por estudiantes durante una emergencia sanitaria

Masumbuko-Claude y Hawkes (16) documentan una campaña educativa comunitaria liderada por cerca de 600 estudiantes de medicina de la Université Catholique du Gabon durante la epidemia de ébola en el este de la República Democrática del Congo. La campaña incluía desfiles, intervenciones uno a uno y mensajes en cultos y radio en lenguas locales. Esta intervención alcanzó entre 5.000 y 10.000 personas en un contexto de conflicto y resistencia social. Luego del acompañamiento, el 73 % de la comunidad refirió mejor comprensión del ébola y el 71 % mayor motivación, si bien se trata de un estudio observacional con adaptación cultural y lingüística, no se midió el cambio de comportamiento ni impacto epidemiológico.

3.3.5 Investigación participativa basada en la comunidad

McBeth et al. (18) describen un proceso de co-creación con personas que usan drogas en el centro de Edmonton, basado en investigación participativa comunitaria informada por la teoría de la complejidad. Un equipo académico de salud (medicina familiar y salud pública) y dos estudiantes de medicina, en un rol de apoyo, co-diseñan la investigación junto con investigadores pares y un grupo asesor comunitario, empleando micronarrativas (SenseMaker) y mapeo basado en arte. La experiencia ejemplifica el extremo más participativo del gradiente: coproducción de conocimiento y de propuestas de intervención, devolución mediante un informe comunitario y fortalecimiento de las capacidades de los investigadores pares.

3.4 Experiencias de apropiación social del conocimiento

Las experiencias identificadas evidenciaron distintas modalidades de Apropiación Social del Conocimiento desarrolladas desde las instituciones de educación superior en ciencias de la salud. El aprendizaje-servicio fue la estrategia predominante y se caracterizó por integrar actividades académicas con necesidades previamente identificadas en las comunidades, favoreciendo el aprendizaje experiencial y el fortalecimiento del vínculo entre la universidad y la comunidad (12, 13, 17). Las estrategias institucionales y comunitarias mostraron enfoques diversos para promover el compromiso social universitario (tabla 2). Algunas iniciativas estuvieron orientadas a fortalecer el desarrollo regional mediante modelos institucionales de formación con participación comunitaria (14), mientras que otras privilegiaron la educación y divulgación en salud mediante campañas o jornadas dirigidas a comunidades específicas (15, 16). Finalmente, un estudio implementó la investigación participativa basada en la comunidad, incorporando a los participantes como coinvestigadores durante todas las fases del proceso, desde la identificación de necesidades hasta la construcción conjunta de propuestas de intervención (18).

3.5 Mapeo de los hallazgos en la participación comunitaria y la co-creación

Las experiencias evidenciaron diferentes niveles de participación comunitaria. En el extremo de mayor co-creación se ubicaron aquellas que involucraron a las comunidades en la identificación de necesidades, el diseño y la implementación de las intervenciones (12–14,17,18). Por ejemplo, el caso de la aldea de Rwanda (12) en la que se forman a formadores y se mantienen programas sostenibles en temas de producción de alimentos, microfinanzas, enfermedades transmisibles como VIH/SIDA y promoción de la salud por medio del saneamiento. En contraste, las iniciativas centradas en campañas educativas y jornadas de divulgación presentaron una interacción predominantemente unidireccional, aunque adaptaron sus contenidos al contexto sociocultural de las comunidades participantes (15,16). En el estudio de Díaz et al. (15) se identifica la relación de los estudiantes del secundario con los temas de urgencias enfocados en la promoción y prevención de la salud juvenil. Aunque los estudios en su mayoría tenían un enfoque observacional descriptivo, los resultados de la ASC fueron tanto positivos como heterogéneos. El aprendizaje recíproco se evidencia en: a) el fortalecimiento de capacidades locales (13,18), b) la transferencia de conocimientos en salud (15-18), c) la mejora de la convivencia (13,14,17), d) la coproducción de conocimiento (14,18) y, e) el fortalecimiento del vínculo entre la universidad y las comunidades (15,17).

Tabla 1. Características y prácticas universitarias de los estudios incluidos.

Autores (Año) /País de la institución / (Referencia)	Programas / disciplinas de ciencias de la salud	Modalidad de la experiencia	Población o comunidad destinataria	Participantes Universitarios	Acción universitaria
Díaz et al. (2018) / España (Barcelona) (15)	Profesionales y docentes sanitarios de urgencias (medicina)	Jornada de divulgación dirigida a la comunidad educativa	Estudiantes de último curso de enseñanza secundaria obligatoria	Profesionales de urgencias del Hospital Clínic y del SEM, médicos de otras especialidades, médicos de familia del CAPSBE y una pedagoga; la Universitat de Barcelona cede el aula.	Jornada formativa anual de 4 horas (distribuida en dos mesas y nueve módulos) sobre la organización de la atención urgente y los principales motivos de consulta en jóvenes. La jornada se apoyaba en material adaptado y revisado por la pedagoga. Se realizó un concurso de dibujo.
Hinojosa-Alcalde & Soler (2021) / España (Cataluña/Barcelona) (13)	Ciencias de la Actividad Física y el Deporte	Aprendizaje-servicio feminista crítico	Mujeres privadas de la libertad (prisión de mujeres)	81 estudiantes de cuarto grado de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte (INEFC–Universitat de Barcelona) (24 mujeres, 57 hombres); profesorado universitario; 3 ediciones (2017–2020).	Diseño e implementación de un programa de actividad física (2 sesiones/semana, 4 semanas) en grupos de 2–3 estudiantes; actividades previas de reflexión crítica sobre la prisión y el género. Actividades de escritura en un diario reflexivo de aprendizaje.
Masumbuko Claude & Hawkes (2020) / República Democrática del Congo (Butembo) (16)	Medicina	Campaña educativa comunitaria liderada por estudiantes	Comunidad en contexto de conflicto durante la epidemia de ébola	~600 estudiantes de medicina de la Université Catholique du Graben (UCG), Butembo; 355 evaluaron la campaña	Capacitación (media jornada) y campaña educativa que incluía desfile, discursos, interacciones uno a uno, presentaciones en lenguas locales (francés, swahili) tanto en cultos religiosos como en la radio,
McBeth et al. (2025) / Canadá (Edmonton) (18)	Medicina familiar y salud pública	Investigación participativa basada en la	Personas que usan drogas	Equipo académico de salud (Medicina Familiar y Salud Pública, U. de Alberta), un	Co-diseño y conducción de la investigación participativa (<i>micro-narrativas SenseMaker</i> + mapeo de

		comunidad (CBPR)		posdoctorado coordinador y dos estudiantes de medicina (rol de apoyo).	activos basado en arte), con análisis iterativo.
Plumb et al. (2013) / Estados Unidos (intervención en Ruanda y México (12)	Medicina, enfermería, salud pública, fisioterapia y terapia ocupacional, farmacia	Aprendizaje- servicio internacional (salud global)	Comunidades rurales y sobrevivientes de conflicto (aldea en Ruanda; pueblo artesano en México)	Estudiantes de ciencias de la salud (medicina, enfermería, salud pública, terapia física y ocupacional, farmacia) y docentes de Thomas Jefferson University (Rwanda) y San José State University (México).	Inmersión: evaluación de necesidades de las comunidades. Educación en escuelas (preescolar a adultos), Realización de ferias de salud, talleres y trabajo de salud pública.
Strasser et al. (2013) / Canadá (Norte de Ontario) (14)	Medicina, dietética y asistentes médicos	Educación médica con compromiso comunitario distribuido (escuela con mandato de responsabilidad social)	Comunidades rurales, remotas, aborígenes y francófonas	Estudiantes de medicina, internos de dietética y asistentes médicos; 91% del norte de Ontario; profesorado y >670 preceptores clínicos.	Rotación clínica integrada longitudinal en comunidades: Los estudiantes vivían en una de las comunidades aprendiendo los fundamentos de la medicina clínica con enfoque de medicina familiar y comunitaria.
Valderrama et al. (2025) / España (Madrid) (17)	Microbiología y ciencias afines (biología, bioquímica, medicina, farmacia, veterinaria, virología)	Aprendizaje- servicio (divulgación científica)	Personas en situación de exclusión social (sin hogar, reclusos, migrantes, personas con discapacidad, mayores)	Docentes y técnicos de facultad, personal hospitalario e investigadores pre/posdoctorales (Universidad Complutense de Madrid); >250 estudiantes de Biología, Bioquímica, Medicina, Microbiología y Parasitología, Farmacia, Veterinaria y Virología; >30 instructores (5 ediciones).	Equipos multidisciplinares (3–5 estudiantes) que identifican necesidades. Seleccionan y proyectan películas comerciales sobre enfermedades y elaboran materiales divulgativos y actividades lúdicas (bingo, Kahoot, coloquios). Tres visitas por centro.

4. Discusión

La presente revisión de alcance identificó la relación entre la Apropiación Social del Conocimiento (ASC) y la Responsabilidad Social Universitaria (RSU) en programas académicos de ciencias de la salud. Aunque la ASC comparte elementos con la participación comunitaria, reconoce a las comunidades como actores fundamentales en la construcción e intercambio de saberes. Esta perspectiva se materializa mediante la Responsabilidad Social Universitaria, al promover escenarios en los que la universidad trasciende el aula y comprende de manera directa las realidades sociales de las comunidades. Aunque las prácticas universitarias utilizaron modalidades diversas en el acercamiento a las comunidades, el aprendizaje-servicio fue la estrategia predominante (12,13,17) y la mayoría de las interrelaciones universidad-comunidad evolucionó desde modelos de transferencia de conocimiento hacia procesos con mayor participación comunitaria y co-creación. Estos hallazgos sugieren que la ASC trasciende la divulgación científica y representa una forma de integrar la docencia, la investigación y la extensión con las necesidades sociales, de manera consistente con los principios de la RSU. Los resultados son consistentes con el planteamiento de Coelho y Menezes (7), quienes describen el aprendizaje-servicio como una de las principales prácticas educativas para desarrollar la responsabilidad social en la educación superior mediante el aprendizaje experiencial y el trabajo conjunto con las comunidades. De manera similar, la concepción de RSU propuesta por Vallaey (3), en la que se plantea la importancia de los impactos sociales generados por las funciones sustantivas universitarias, coincide con las experiencias identificadas en esta revisión, donde la formación, la investigación y la proyección social se desarrollaron de forma articulada. Asimismo, los fundamentos teóricos de la ASC (8) se concentran en el diálogo de saberes, la participación y la construcción colectiva del conocimiento, principios que fueron especialmente evidentes en las experiencias con mayor nivel de co-creación, como las descritas por McBeth et al. (18).

En conjunto, estos hallazgos también son consistentes con enfoques internacionales como la rendición de cuentas en la educación de ciencias de la salud (14), el compromiso comunitario y la co-producción, las cuales promueven una mayor responsabilidad social entre las diferentes instituciones del sector salud y una participación de las comunidades en los procesos de formación, investigación e innovación. Estos conceptos comparten con la ASC, el reconocimiento de las comunidades como actores fundamentales en la identificación de necesidades, la construcción conjunta del conocimiento y el desarrollo de soluciones contextualizadas. En este sentido, la ASC puede interpretarse como un concepto desarrollado en el contexto latinoamericano que converge con principios ampliamente reconocidos en la literatura internacional sobre compromiso social universitario, participación comunitaria y coproducción del conocimiento.

No obstante, también se identificaron diferencias entre las experiencias analizadas. Mientras algunas iniciativas involucraron a las comunidades en la identificación de necesidades, el diseño de las intervenciones y la producción conjunta del conocimiento, otras se limitaron principalmente a la transferencia de información mediante campañas educativas o actividades de divulgación. Estos hallazgos muestran que la ASC no constituye una categoría dicotómica, sino un continuo de participación comunitaria, donde el grado de involucramiento de los actores sociales determina el nivel de apropiación del conocimiento alcanzado; es decir, que tanto se moviliza lo cognitivo, lo conductual y lo emocional, puntos clave en el aprendizaje. Este acercamiento hacia las comunidades no siempre ha sido resaltado en estudios previos sobre responsabilidad social universitaria, razón por la cual el número de estudios incluidos en la presente investigación es limitado.

A pesar de encontrar investigaciones relevantes en las que se estudiaba el aprendizaje de temas en salud en las comunidades apoyados por acciones universitarias, no se evidenciaban procesos de aprendizaje bidireccional entre la universidad y las comunidades, aspecto clave de la co-creación y del intercambio de saberes descritos en la ASC. Otras investigaciones no fueron incluidas debido a que su enfoque era la descripción de estrategias educativas sin profundizar en la participación de las

comunidades y la comprensión de las voces sociales. Aun cuando no hay un número elevado de estudios que involucren la RSU y la ASC, se puede destacar que las prácticas universidad-comunidad describen experiencias de participación comunitaria que benefician a las comunidades, en los siguientes aspectos: a) procesos de empoderamiento, b) fortalecimiento de capacidades locales y, c) coproducción del conocimiento, mientras que aquellas con un enfoque predominantemente informativo reportan principalmente transferencia de conocimientos y satisfacción de los participantes. Las experiencias con mayor participación comunitaria se caracterizaron por describir procesos de ASC más amplios y colaborativos. Sin embargo, dado el carácter predominantemente descriptivo de los estudios incluidos, estos hallazgos deben interpretarse con cautela y no permiten establecer relaciones causales entre el grado de participación comunitaria y los resultados observados. En este sentido, son necesarios estudios con diseños analíticos y longitudinales que permitan evaluar esta relación con mayor solidez.

Desde la perspectiva de la formación en ciencias de la salud, los hallazgos de esta revisión tienen algunas implicaciones. Primera, la integración de estrategias de ASC en los programas académicos puede fortalecer competencias relacionadas con la comunicación, el trabajo interdisciplinario, los determinantes sociales de la salud y el compromiso ético con las comunidades. En este sentido, la formación socialmente responsable requiere escenarios de aprendizaje que permitan a los estudiantes interactuar con problemas reales y desarrollar soluciones al lado de los actores sociales, más allá de la adquisición de competencias técnico-clínicas (1, 4, 5).

Segunda implicación, para las instituciones de educación superior, estos resultados pueden ser un punto de partida, al incorporar la ASC como un eje transversal de la RSU. Estrategias como el aprendizaje-servicio, la investigación participativa y otras metodologías colaborativas fortalecen el vínculo universidad-comunidad y contribuyen a que la generación de conocimiento responda a las prioridades sociales y sanitarias de los territorios como lo describió McBeth et al (18). Tercera implicación, desde la perspectiva de la gestión universitaria, promueve políticas institucionales que favorezcan la participación de las comunidades en los procesos de formación, investigación y extensión; similar al modelo de gestión descrito por la RSU.

Entre las limitaciones de la presente revisión se encuentra el diseño metodológico de los estudios incluidos debido a que los hallazgos provienen, en su mayoría, de estudios observacionales. En consecuencia, existe la necesidad de desarrollar estudios que evalúen el impacto de las estrategias de ASC sobre indicadores de salud con seguimiento de estudios longitudinales que analicen los cambios de comportamiento, el fortalecimiento de capacidades comunitarias y la sostenibilidad del intercambio de saberes del binomio universidad-sociedad. Asimismo, resulta pertinente avanzar en el desarrollo de marcos conceptuales e indicadores estandarizados que permitan comparar las diferentes modalidades de Apropiación Social del Conocimiento entre instituciones y contextos.

Tabla 2. Prácticas comunitarias, co-creación y resultados de la Apropiación Social del Conocimiento (ASC).

Autores (Año) /País (institución / intervención) (Referencia)	Participantes comunitarios	Acción comunitaria	Co-creación (Retroalimentación bidireccional)	Resultado de la ASC en las comunidades
Díaz et al. (2018) / España (Barcelona) (15)	10.260 alumnos de cuarto año de enseñanza secundaria obligatoria (15–18 años) de 56 centros educativos del área de influencia del hospital, y sus profesores.	Asisten a la jornada, plantean preguntas, debaten en el aula y participan en el concurso "Y tú, ¿cómo ves urgencias?"; reflexión y debate posterior en la escuela.	Hay envío anticipado de preguntas, encuesta de opinión y concurso (el dibujo ganador es el logo del año siguiente); la pedagoga acerca el diálogo a las necesidades del centro. Pero el contenido lo definen unilateralmente los organizadores (programa inalterado 15 años).	Buena valoración (7,5/10); mejor puntuadas las temáticas de salud juvenil (drogas, ginecología); alta demanda de participación; transferencia de conocimiento sobre uso adecuado de urgencias y prevención. No se midió el impacto sobre el uso real de urgencias.
Hinojosa-Alcalde & Soler (2021) / España (Cataluña/Barcelona) (13)	Entre 10 y 15 mujeres reclusas voluntarias por edición; instructor deportivo de la prisión; Departamento de Justicia de Cataluña.	Participación en sesiones de actividad física (juegos motores cooperativos, fitness con música); en algunos casos las reclusas lideran actividades (p. ej. Zumba). Relación entre iguales (peer-to-peer).	Análisis conjunto de necesidades con el instructor y en la primera visita; contenidos según intereses de las mujeres; reclusas como instructoras; retroalimentación final de reclusas, instructor y tutores.	Las reclusas rompen rutina y aislamiento, disfrutan y participan activamente; mejora la convivencia entre internas; se fortalece el vínculo prisión-universidad (visitas al campus, seminarios, ofertas laborales).
Masumbuko Claude & Hawkes (2020) / República Democrática del Congo (Butembo) (16)	Comunidad de Butembo (RDC) en contexto de conflicto y 'resistencia social' al brote; 5.000–10.000 personas alcanzadas, 319 evaluaron.	Recepción de los mensajes clave en espacios públicos, mercado y asambleas religiosas; expresan actitudes y preferencia por fuentes locales de información.	Intervención educativa unidireccional con adaptación cultural y lingüística; socios (OMS, UNICEF, MinSalud) dan apoyo; sin co-diseño formal con la comunidad.	73% de la comunidad reporta mejor comprensión del ébola; 71% más motivada; 42% prefiere fuentes locales. Estudio observacional descriptivo: no mide cambio de comportamiento ni impacto epidemiológico.
McBeth et al. (2025) / Canadá (Edmonton) (18)	Personas que usan/han usado drogas (PWUD) del centro de Edmonton (Canadá): estructuralmente vulnerables, en situación	Investigadores pares (PWUD) y trabajadores de reducción de daños co-diseñan y conducen la investigación; Grupo Asesor Comunitario de PWUD; narran y co-	La co-creación con la comunidad es el eje central (CBPR, investigadores pares, consentimiento de proceso, retorno en informe comunitario tipo 'zine').	Co-producción de conocimiento y de propuestas de intervención con PWUD; informe comunitario; fortalecimiento de capacidades de los investigadores pares (ingreso, formación); recomendaciones para

	de calle, alta proporción indígena; 215 participantes.	interpretan los resultados.		investigación participativa con PWUD.
Plumb et al. (2013) / Estados Unidos (intervención en Ruanda y México (12)	Aldea de sobrevivientes del genocidio en Rugerero/Akarambi (Ruanda) y pueblo artesano de Arrazola, Oaxaca (México) comunidades rurales/vulnerables	Ruanda: comités de salud comunitarios, modelo formar-al-formador, proyectos de ingresos (conejos, apicultura, hongos), agua/saneamiento. México: familias hospedan, co-organizan la feria de salud, reforestación; artesanos visitan EE. UU.	Sobre todo, el caso México (Intercambio): relación de iguales, recíproca, sin partir de un 'problema' definido por la universidad. En Ruanda: necesidades identificadas por la comunidad y formar-al-formador.	Programas sostenibles y apropiados localmente (huertos, microfinanzas, VIH/SIDA, agua y saneamiento); feria de salud para 400+ personas; empoderamiento vía formar-al-formador; intercambio cultural bidireccional. Casos descriptivos (sin evaluación formal de impacto).
Strasser et al. (2013) / Canadá (Norte de Ontario) (14)	Comunidades rurales/remotas, aborígenes y francófonas del norte de Ontario; servicios de salud, hospitales, elders, pacientes y familias (que actúan también como docentes).	Miembros de la comunidad participan en admisiones, como pacientes estandarizados, preceptores y socios; reciben atención clínica de los aprendices; desarrollo de capacidad y economía local.	Currículo desarrollado mediante consulta comunitaria; alianzas interdependientes con comunidades, servicios y profesionales; comunidad activa en múltiples fases de la escuela.	61% de egresados MD eligen medicina familiar (rural); 65% de residentes y ~85% de dietistas permanecen en la región; impacto socioeconómico (~doble del presupuesto), empoderamiento comunitario y mejor retención de profesionales en zona desatendida.
Valderrama et al. (2025) / España (Madrid) (17)	Personas desfavorecidas o en riesgo de exclusión (~800): sin hogar, reclusos, usuarios de drogas/alcohol, migrantes, mujeres en riesgo, personas con discapacidad y mayores. Socios: 7 ONG y Ayuntamiento de Madrid.	Reciben información científica sobre enfermedades infecciosas y no infecciosas, compañía y acompañamiento; participan en proyección de películas, coloquios y celebración en sus centros sociales.	Primera visita para identificar intereses/necesidades del grupo; encuestas a participantes y coordinadores; los estudiantes refieren aprender de las personas atendidas; fiesta final de reconocimiento mutuo.	Alta satisfacción de los participantes; información útil sobre prevención e higiene de las enfermedades que les interesan; oportunidad de socialización, atención y compañía; valoran el trato igualitario de los estudiantes.

5. Conclusiones

- Los hallazgos de esta revisión sugieren que la Apropiación Social del Conocimiento constituye una manifestación de la Responsabilidad Social Universitaria en las ciencias de la salud. Las prácticas universitarias incluidas describieron el aprendizaje-servicio como la modalidad pedagógica más frecuente e identificaron diferentes niveles de participación comunitaria, desde la transferencia de conocimientos hasta procesos de diálogo y co-creación.
- La Apropiación Social del Conocimiento puede ser considerada una ruta para el acercamiento a las comunidades desde los contextos universitarios con la finalidad de responder a las necesidades de las comunidades desde una perspectiva participativa con la ventaja de empoderar y dar un sentido de equidad a los saberes del binomio universidad-comunidad.
- Se presenta una oportunidad para las comunidades académicas al avanzar desde modelos centrados en la transferencia de información hacia estrategias que promuevan una participación comunitaria más activa y procesos de co-creación del conocimiento. Asimismo, se destaca la necesidad de investigaciones con metodologías más robustas e indicadores estandarizados que permitan evaluar el impacto de estas iniciativas sobre la formación de los estudiantes, el fortalecimiento de las comunidades y los resultados en salud.

Financiación: El trabajo fue financiado con el presupuesto de funcionamiento de la Universidad FUCS

Declaración de conflicto de interés: Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Contribuciones de las autoras: Las autoras contribuyeron de manera similar en: Concepción del estudio, aplicación de metodología, búsqueda de literatura, selección de estudios, revisión de los estudios elegidos, redacción del artículo y aprobación final del manuscrito.

6. Referencias.

1. Valdez-García JE. Responsabilidad social de las escuelas de medicina. *Rev Mex Educ Med*. **2025**, 12(2), 40-41. <https://doi.org/10.24875/RMEM.M25000014>
2. Villamizar-Gómez L, Rodríguez-González NS, Restrepo-Guarnizo MC. Escalas sobre Responsabilidad Social Universitaria en estudiantes universitarios: una revisión de alcance. *Rev Esp Educ Med*. **2025**, 6, 642611. <https://doi.org/10.6018/edumed.642611>
3. Vallaes F. La responsabilidad social universitaria: un nuevo modelo universitario contra la mercantilización. *Rev Iberoam Educ Super*. **2014**, 5(12), 105-117. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-28722014000100006
4. Aveiro-Róbal TR, Escobar-Salinas JS, Ayala-Servín JN, et al. Importancia de las sociedades científicas de estudiantes de medicina en Latinoamérica. *Investig Educ Med*. **2019**, 8(29), 23-31. <https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2019.29.1761>
5. Coelho M, Menezes I. University Social Responsibility, Service Learning, and Students' Personal, Professional, and Civic Education. *Front Psychol*. **2021**, 12, 617300. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.617300>
6. World Health Organization. *WHO community engagement framework for quality, people-centred and resilient health services* [Internet]. Geneva: World Health Organization; **2017** [citado 2026 Jul 22]. Disponible en: https://pmnch.who.int/resources/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2017.15?utm_source=chatgpt.com
7. Haldane V, Chuah FLH, Srivastava A, et al. Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PLoS One*. **2019**, 14(5), e0216112. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216112>
8. Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación. Política Pública de Apropiación Social del Conocimiento en el marco de la Ciencia, la Tecnología e Innovación (CTeI). Bogotá: MinCiencias; **2021**. https://minciencias.gov.co/sites/default/files/politica_publica_de_apropiacion_social_del_conocimiento.pdf
9. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: Towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. **2005**, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
10. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: Advancing the methodology. *Implement Sci*. **2010**, 5, 69. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>

11. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Ann Intern Med.* **2018**, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
12. Plumb E, Roe K, Plumb J, et al. The use of international service learning initiatives for global health education: Case studies from Rwanda and Mexico. *Health Promot Pract.* **2013**, 14(3), 334-342. <https://doi.org/10.1177/1524839913476516>
13. Hinojosa-Alcalde I, Soler S. Critical feminist service-learning: A physical activity program in a woman's prison. *Int J Environ Res Public Health.* **2021**, 18(14), 7501. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147501>
14. Strasser R, Hogenbirk JC, Minore B, et al. Transforming health professional education through social accountability: Canada's Northern Ontario School of Medicine. *Med Teach.* **2013**, 35(6), 490-496. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.774334>
15. Díaz N, Sánchez M, Miró Ò. Análisis de una experiencia de 15 años de interacción entre urgencias y la comunidad educativa. *Emergencias.* **2018**, 30(6), 424-432. <https://revistaemergencias.org/numeros-antteriores/volumen-30/numero-6/analisis-de-una-experiencia-de-15-anos-de-interaccion-entre-urgencias-y-la-comunidad-educativa/>
16. Masumbuko-Claude K, Hawkes MT. Ebola crisis in Eastern Democratic Republic of Congo: Student-led community engagement. *Pathog Glob Health.* **2020**, 114(4), 218-223. <https://doi.org/10.1080/20477724.2020.1754654>
17. Valderrama MJ, Nebreda E, López-Ejeda N, et al. When teaching and learning microbiology engage societal needs. *Microb Biotechnol.* **2025**, 18(1), e70098. <https://doi.org/10.1111/1751-7915.70098>
18. McBeth R, Sandberg C, Varewny V, et al. Co-creating health system innovation with people who use drugs. *Harm Reduct J.* **2025**, 22, 176. <https://doi.org/10.1186/s12954-025-01326-5>

