



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de
Salud

GUIA DEL FACILITADOR

Proceso de definición de prioridades nacionales de investigación en salud

I Fase CONSULTAS REGIONALES

**Setiembre-Octubre
2009**

Índice

- I. El proceso de definición de prioridades nacionales de investigación
 - a. Antecedentes
 - b. Situación actual
 - c. Propuesta de nuevo proceso: objetivos, insumos, fases y productos

- II. Fase I: las consultas regionales
 - a. ¿Qué son las consultas regionales?
 - b. Objetivos
 - c. Productos / resultados

- III. Pasos de las consultas regionales
 - a. Paso 1: Avanzada regional: acuerdo de trabajo y cronograma
 - b. Paso 2: Primer taller: agenda de investigación y validación de criterios de priorización
 - c. Paso 3: Segundo taller: definición de prioridades regionales de investigación

- IV. Del facilitador
 - a. Rol
 - b. Perfil
 - c. Recomendaciones

- V. Equipos de trabajo por regiones

- VI. Directorio de contactos / contrapartes

I. El proceso de definición de prioridades nacionales de investigación

a. Antecedentes

Desde hace varias décadas existe un importante consenso en nuestro país acerca de la necesidad de establecer prioridades en la investigación en salud. Bardalez y Petrera (2006)¹ hacen una revisión de los antecedentes en la gestión y determinación de prioridades de investigación en salud. Por considerarlo relevante se hace un extracto del aporte de estos investigadores.

“...en los últimos 20 años se han producido diversos acercamientos para definir una política de investigaciones en salud, promovidas desde el CONCYTEC, agencias cooperantes y el mismo MINSa. Estos esfuerzos han desarrollado propuestas de políticas, prioridades e incluso una comisión ministerial ad hoc co-liderada por el mismo INS. No obstante, el Ministerio de Salud como institución y entidad rectora del sector salud no cuenta con una política explícita de investigación en salud. Hay que agregar, además, que tradicionalmente la investigación ha estado enfocada en el estudio de las enfermedades, por lo cual, la temática de las intervenciones en salud pública, la organización de los servicios, los aspectos políticos, económicos, sociales, culturales y otros factores no han constituido prioridades de investigación pública. A continuación, se procederá a describir estos antecedentes.

En Perú, han existido diversos intentos² por desarrollar en el sector las diversas etapas del proceso de gestión de la investigación que no se han traducido en la institucionalización plena de dicho proceso o simplemente quedaron trancos. Alarcón³ reporta tentativas sectoriales desde 1978.

Brito⁴ analiza el periodo 1974-83, confirmando a lo largo del mismo la intención de la política del MINSa (Plan sectorial 1971-75) en apoyar a los Institutos Nacionales de Salud en sus funciones de producción, investigación y diagnóstico. Esta intención se repetirá en los planes de todos los años siguientes que abarca su periodo de estudio; poniéndose en evidencia también que no se concreta acciones específicas, debido fundamentalmente a una situación crítica de la administración pública y del mismo Estado, incluyendo la ausencia del nivel necesario de coordinación institucional e intersectorial para el desarrollo.

Durante el periodo, si bien la investigación en salud continúa siendo función principal de los Institutos de Salud, otras dependencias del MINSa han ido

¹ Tomado de Bardález C, Petrera M. Agenda para una política de investigación en salud pública. Lima: Instituto Nacional de Salud/Consortio de Investigación Económica y social, 2006

² Para ubicarlas se ha recurrido a documentos, versiones preliminares que no prosperaron a documentos y a la memoria y participación de los entrevistados y de los consultores encargados de elaborar este informe.

³ Alarcón, Jorge: *Criterios para Establecer Prioridades de Investigación en Salud y su Aplicación a Enfermedades Infecciosas en el Perú*. Serie Documentos Técnicos No 9. Proyecto Vigía. Ministerio de Salud. Lima, 1999.

⁴ Brito Pedro Estudio sobre las Tendencias de Investigaciones de Servicios de Salud 1974-1983 Perú. Lima, 1984. Informe Interno

adquiriendo funciones de investigación en su área, como ocurre con Dirección General de Salud de las Personas, la Dirección de Salud Ambiental y la entonces Escuela de Salud Pública. Los lineamientos de investigación que contemplaba el plan sectorial 1983-4 consideraban las siguientes “acciones”⁵ que podrían interpretarse como una combinación de objetivos y prioridades:

- Desarrollo de un programa de investigación científica y tecnológica (objetivo)
- Continuación de la investigación en nutrición y alimentación (prioridad)
- Fomento de la investigación para contribuir a la solución de los problemas más específicos de la salud pública (objetivo)
- Investigación del proceso administrativo a nivel central, regional y local, dando prioridad a los programas de control de enfermedades transmisibles, salud materno infantil, extensión de servicios periféricos de salud y desarrollo de la atención primaria de salud (prioridad)
- Valoración de las técnicas de salud, usadas en la actualidad para asegurar su concordancia con las prioridades sectoriales (posible prioridad)
- Establecimiento de un programa de becas para fomentar la investigación y capacitación en salud (objetivo)

En la Reunión de Alto Nivel sobre Atención Primaria y el Plan Nacional de Acción para Alcanzar Salud para Todos en el Año 2000, ocurrida en 1983⁶, fueron determinadas como áreas prioritarias a los grupos poblacionales rural y urbano - marginal con énfasis en la población materna e infantil; al control de enfermedades transmisibles, a la mejora de los índices nutricionales de los grupos más vulnerables y al saneamiento básico. Es posible que estos objetivos estratégicos fuesen también considerados prioridades de investigación.

En el año 1968 se crea el Consejo Nacional de Investigación que deviene en el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONCYTEC) a inicios de los años 1980, con una Dirección de Investigación en Salud, que buscó promover el tema, sobre todo en los aspectos de determinación de prioridades y subsidios a la investigación. En asociación con el MINSA promovió diversos seminarios. Brito cita los siguientes; “Institutos Nacionales de Salud, Logros, Limitaciones y Proyecciones”, “Investigación Interdisciplinaria en Procesos Alimentarios y Nutricionales”, “Investigación en Salud Mental” y “Prioridades en Investigación”, poniendo esta último en evidencia la ausencia de un cuadro establecido de prioridades de investigación en salud pública⁷

En julio del año 1991 y en el marco del seminario taller “Políticas y prioridades de la investigación en salud”, co-organizado por el Ministerio de

⁵ Plan Nacional de Desarrollo para 1983-4. Ministerio de Salud. Referido por Pedro Brito, op cit.

⁶ Reunión de Alto Nivel sobre Atención Primaria y el Plan Nacional de Acción para Alcanzar Salud para Todos en el Año 2000. Ministerio de Salud, febrero de 1983. Referido por Pedro Brito, Op cit. p 16.

⁷ Brito, op cit., p 14.

Salud, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONCYTEC) y la OPS, se identificó los siguientes temas prioritarios de investigación que coincidían con las preocupaciones de dichos tiempos:

- Población, hábitat y salud
- Violencia y salud mental
- Deterioro de la estructura institucional del sector salud
- Reproducción y adolescencia

Como consecuencia del taller, se constituyó una comisión coordinada por CONCYTEC y compuesta por representantes de distintas universidades e instituciones (Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Pontificia Universidad Católica del Perú, Instituto de Investigación Nutricional)⁸, con las siguientes funciones:

- Orientar los fondos existentes hacia convocatorias anuales concursos de proyectos de investigación y seleccionar dichos proyectos, constituyéndose como jurado. Dicho jurado fue presidido por una autoridad MINSA.
- Brindar apoyo y supervisión en la elaboración de los proyectos a ser seleccionados.
- Apoyar la creación de una cartera de proyectos cuyo financiamiento pudiese ser gestionado dentro de un programa de investigaciones.

La comisión se concentró en las dos primeras funciones. Por otro lado, a fin de constituir el fondo de investigación, el CONCYTEC y la OPS/OMS suscribieron convenios anuales para brindar aportes financieros destinados a los proyectos ganadores, mientras que los miembros de la comisión brindaban apoyo en la elaboración y supervisión de los proyectos seleccionados, de manera ad honorem. El convenio fue renovado dos veces, período en el cual las investigaciones tuvieron soporte técnico y fueron publicadas. Sin embargo, la OPS/OMS fue abandonando paulatinamente su rol financiero y centrándose en el técnico. Esta decisión no fue compartida por el CONCYTEC, que decidió convocar concursos de manera independiente y más orientados al tema de estudio de patologías. Como consecuencia de ello, el esfuerzo iniciado en el año 1991, se diluyó en 1994 y no fue capaz de institucionalizar la gestión de la investigación en el MINSA, aunque dejó una experiencia importante.

El esfuerzo más comprehensivo para formular una política de investigación en salud fue en los años 1996 y 1997, cuando se conformó en el MINSA -mediante resolución ministerial- la Comisión de Políticas de Investigación en Salud, adscrita a la Oficina General de Planificación y con los siguientes encargos:

- Elaborar y proponer a la alta dirección del MINSA, los lineamientos y políticas de investigación en salud pública.

⁸ Por el CONCYTEC: Álvaro Chabés; por la Universidad Peruana Cayetano Heredia Humberto Guerra del Instituto de Enfermedades Tropicales y Miguel Campos de la Facultad de Medicina; por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos Jorge Alarcón del Instituto de Medicina Tropical Daniel A Carrión y René Cervantes del CENTES; Guillermo López de Romaña del Instituto de Investigaciones Nutricionales; y, Margarita Petrera de la Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

- Definir la conformación de un grupo técnico interinstitucional encargado de elaborar el programa de investigaciones, el que contendría: un inventario de los proyectos en ejecución en el país; la identificación conjunta de necesidades y demandas de investigación en salud; la cartera de proyectos de investigación en salud; y, los mecanismos de coordinación, compromisos de financiamiento y ejecución de investigaciones.

En el marco del trabajo de esta comisión se efectuó un estudio de balance del periodo 1992 - 1996, incluyendo la identificación de áreas temáticas, estudios, investigadores, instituciones y entes financieros, para el ámbito público y privado. Se llegó a elaborar fichas de 234 estudios.⁹ Asimismo, se elaboró un documento de consenso entre los distintos agentes institucionales y se logró el compromiso para la consiguiente ejecución y aplicación de resultados. La estrategia se articulaba en torno a dos dimensiones: la primera, un acuerdo político interinstitucional; la segunda, de fomento de las capacidades de investigación.

En la primera dimensión se acordó la realización de las siguientes actividades:

- Identificación conjunta de necesidades y demandas de investigación en salud.
- Definición de investigaciones conjuntas y redes de cooperación.
- Vinculación de cooperantes, aglutinación de recursos técnicos y financieros.
- Establecimiento de compromisos de financiamiento y ejecución de investigaciones a mediano plazo.
- Difusión de la información técnica y fortalecimiento de los sistemas de información institucional, regional, nacional y entre países.
- Incrementar la transferencia de conocimientos prácticos especializados entre naciones.
- Incrementar la disponibilidad de conocimientos especializados internacionales para la ayuda en el ámbito nacional.

En la segunda dimensión se acordó realizar actividades de capacitación técnica y difusión de la información:

- Apoyar en la identificación de áreas de investigación.
- Brindar ayuda para identificar fuentes de financiamiento.
- Incrementar la capacitación a corto y largo plazo en disciplinas como epidemiología, ciencias sociales, ciencias políticas, psicología social y derecho, todas ellas aplicadas a la salud.

Sin embargo, la comisión no logró concluir un documento de consenso de lineamientos y políticas de investigación en salud, perdiendo vigencia. Las

⁹ Jacoby, Enrique y Segura, Luis: *La Investigación en Salud Pública en el Contexto de la Reforma Sectorial; Un balance del periodo 1992 a 1996*. Documento para la Comisión de Políticas de Investigación en Salud. Lima, marzo de 1997. OPS Perú.

razones que explican este fracaso fueron: a) hubo enfrentamiento interno en el MINSA respecto de cuál instancia debía liderar el proceso; b) se retomaron impulsos controladores y fiscalizadores por parte de las instituciones públicas hacia las instituciones privadas y los investigadores; c) los investigadores con donaciones de las universidades se sintieron amenazados en su autonomía; d) los agentes públicos postergaron el tema a medida que urgían otros temas de coyuntura, y la investigación no es tema de coyuntura.

Lo anterior no fue obstáculo para que diversas agencias de cooperación técnica continuaran desarrollando esfuerzos por analizar el estado de la investigación en salud, sobretudo en nuevas áreas, como la económico-financiera. El Perú participó así en el estudio efectuado a fines de 1997 para América Latina y el Caribe, destinado a identificar estudios, investigadores e instituciones en la investigación económica - financiera en salud. De esta manera, entre los años 1985 y 1996 fueron identificados 32 estudios en dicha área¹⁰.

En el año 2001 (No 0197-2001-J-OPD/INS del 22 de junio), el INS logró consolidar su posición directriz en la investigación en salud, a partir de un seminario taller organizado internamente con el objeto de definir la política y líneas prioritarias de Investigación del INS para el periodo 2001 - 2006. Con base a ello, emite una resolución jefatural que resuelve aprobar las "Políticas de Investigación y Líneas Prioritarias de Investigación del Instituto Nacional de Salud para el periodo 2001 - 2006" hasta hoy vigente. Este documento señala 8 políticas de investigación, destacándose la primera que asigna las competencias de la rectoría sectorial de la investigación en salud al INS, ya que indica que esta institución debe asumir el rol orientador (léase rector) de la investigación proponiendo periódicamente la agenda nacional de investigación, siendo el interlocutor con otras entidades del sector, académicas y de investigación, así como el divulgador del los avances. Las 7 políticas de investigación restantes tienen, más bien, jerarquía de directrices internas al INS. Asimismo, señala como líneas y prioridades de investigación del INS 25 ítems que refleja el quehacer de cada una de sus dependencias, lo que sugiere más que un proceso de determinación de prioridades, un proceso de avenencia.

La nueva Ley y reglamento del Ministerio de Salud, promulgados sucesivamente en enero y noviembre del 2002, reafirman la Resolución Jefatural del año anterior señalando que el Instituto Nacional de Salud (INS) tiene como misión desarrollar y difundir la investigación y la tecnología en los campos de salud ocupacional, ambiental, nutricional, de medicamentos y productos biológicos, así como en salud pública y control de enfermedades trasmisibles¹¹.

¹⁰ OPS/OMS. *La Investigación en Economía y Financiamiento de la Salud en América Latina y el Caribe: Situación Actual y Desafíos*. La responsabilidad del capítulo referido a Perú fue de la economista Margarita Petrera. Washington 1998. Documento Interno.

¹¹ Congreso de la República: *Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud*, art. 33. Lima, 29 enero del 2002. Presidencia de la República. *Decreto Supremo No 013 – 202 – SA. Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud* Lima, 29 enero del 2002

Por otro lado, a fines del 2001 la Comisión de Alto Nivel encargada de reiniciar el proceso de organización del Sistema Nacional de Salud (RM N° 463-2001-SA/DM) emitió un informe final conteniendo un listado de problemas y propuestas de lineamientos de política sobre temas relevantes, siendo uno de ellos la política de investigación en salud. Dicho informe identificó la ausencia de rectoría, recursos y lineamientos de política sectorial de investigación en salud, proponiendo un conjunto de lineamientos, dentro de los cuales se encontraba la definición de prioridades de investigación en salud enlazada con el fortalecimiento de la gestión de la investigación, que incluía la agenda, la definición de los instrumentos normativos, administrativos y financieros y la creación de redes de fuentes de información científico-tecnológica, de asesoría y apoyo técnico para la investigación y la innovación tecnológica. En el informe mencionado, se definió las siguientes prioridades de investigación en salud pública:¹²

- Ciudadanía en salud: Derechos y deberes
- Promoción, participación y atención primaria de salud
- Alimentación y nutrición
- Salud de la madre, el niño y el adolescente
- Prevención y control de los problemas más frecuentes de salud
- Poblaciones rurales y urbano marginales
- Desempeño del sistema y los servicios de salud
- Aseguramiento público en salud
- Desarrollo de la salud en la seguridad social
- Salud ocupacional
- Salud ambiental
- Recursos humanos de salud
- Producción y calidad de insumos
- Financiamiento en salud

No obstante, cabe señalar que el plan de trabajo y las políticas contenidos en el informe anterior no tuvo mayor aplicación, a pesar de lo acertado del diagnóstico planteado...”

En el estudio de Bardalez y Petrera (2006) definieron prioridades a partir de la interacción entre los objetivos estratégicos del sector salud y los problemas de salud y de la organización del sistema de salud. En ese estudio, tanto los objetivos estratégicos del sector salud como el análisis de la situación de salud fueron tomados en el primer caso, y resumidos en el segundo, del documento *Lineamientos Generales de Política de Salud para el periodo 2002 - 2012 y los Objetivos Estratégicos 2002-2006*¹³. Las áreas de investigación fueron precisadas a partir de la literatura y discusión interna. Con dicho material se elaboró un cuestionario para conducir al encuestado a un proceso de priorización y entrevistaron a informantes clave.

¹² Ministerio de Salud / Comisión de Alto Nivel Encargada de Reiniciar el Proceso de Organización del Sistema Nacional de Salud (Resolución Ministerial N° 463-2001-SA/DM): *Informe final*. Lima, enero de 2002.

¹³ MINSa. *Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001-Julio 2006*. Lima, 2002

En el mismo estudio determinaron criterios para el establecimiento de prioridades se realizó con base a las respuestas dadas por los informantes clave a la encuesta sobre prioridades. En total se identificaron 27 criterios que, aplicados a las áreas identificadas y produjeron un conjunto de 117 temas prioritarios de investigación. Como resultado de la validación de los criterios concertaron cuatro tipos de criterios: factibilidad técnica, efectividad, costo y descentralización, así como criterios secundarios que construyen la noción de efectividad tal como magnitud de la población afectada que pertenece a grupos vulnerables.

El año 2008 el Instituto Nacional de Salud determinó un conjunto de prioridades de salud para lo cual contrataron consultores y organizaron un seminario sobre “Prioridades de Investigación en Salud”. Esta reunión convocó a representantes de entidades pública y privadas que desarrollan investigación en salud, incluyendo universidades e institutos, Organizaciones No Gubernamentales, Direcciones del MINSA, Regiones de Salud, así como de la Dra. Antonia Angulo, quien en representación del Ministerio de Salud del Brasil comentó la experiencia de su país relacionadas a políticas y prioridades de investigación en salud.

El Instituto Nacional de Salud ha determinado tres líneas de investigación prioritarias para el año 2007: bartonelosis, los accidentes de tránsito y la desnutrición.

A finales del año 2007 el INS ha publicado el libro “Prioridades de investigación en salud en el Perú: análisis del proceso”¹⁴ en el que se ha identificado 22 prioridades de investigación agrupadas en cuatro grandes áreas (Epidemiología y prevención de problemas de salud de mayor impacto / Desarrollo, control y calidad de las intervenciones en salud / Evidencias acerca de los determinantes de la salud y sus consecuencias para la prevención / Desarrollo de tecnologías sanitarias para mejorar la eficiencia y eficacia de las intervenciones en salud). Así mismo, se describe la necesidad de identificar dentro de cada una de las 22 prioridades de investigación, sub-agendas específicas elaboradas en consenso con todos los actores involucrados, determinando las estrategias para su selección y financiamiento.

Las 22 prioridades definidas son las siguientes:

A) Epidemiología y prevención de problemas de salud de mayor impacto.

1. Epidemiología y prevención de enfermedades crónicas.
2. Epidemiología, control y prevención de enfermedades infecciosas.
3. Epidemiología y prevención de problemas de salud mental en poblaciones urbanas y rurales.
4. Epidemiología, control y prevención de los accidentes de tránsito.

¹⁴ Instituto Nacional de Salud (Perú). Prioridades de investigación en salud en el Perú: análisis del proceso / Elaborado por Instituto Nacional de Salud. -- Lima: Instituto Nacional de Salud; Ministerio de Salud, 2007.

5. Vigilancia, monitoreo, control y prevención de los efectos nocivos de los cambios en el ambiente.
6. Vigilancia de enfermedades emergentes y zoonóticas.
7. Diagnóstico, tratamiento, prevención y control de problemas de salud relacionados al trabajo en las actividades económicas del país: industria, minería, agricultura, entre otras.
8. Metabolismo humano y medicina en la altura.
9. Epidemiología, diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades neoplásicas.

B) Desarrollo, control y calidad de las intervenciones en salud.

10. Organización, financiamiento, gestión y evaluación de estrategias, sistemas, programas y servicios de salud.
11. Control de calidad, vigilancia y monitoreo de productos alimenticios y farmacéuticos.
12. Eficacia, seguridad y aplicabilidad de la medicina tradicional peruana y las terapias complementarias.
13. Estrategias para mejorar la salud sexual y reproductiva.
14. Estrategias para mejorar la salud de las personas discapacitadas.
15. Estrategias para mejorar la salud bucal.

C) Evidencias acerca de los determinantes de la salud y sus consecuencias para la prevención.

16. Caracterización social, cultural y económica de los determinantes de la salud.
17. Determinantes y estrategias de intervención en morbilidad y mortalidad materna, perinatal e infantil.
18. Estudios locales sobre impacto del cambio climático en la salud.

D) Desarrollo de tecnologías sanitarias para mejorar la eficiencia y eficacia de las intervenciones en salud.

19. Desarrollo de tecnologías sanitarias apropiadas para el control y prevención de los problemas de salud de mayor impacto nacional o regional.
20. Desarrollo y evaluación de sistemas de información sanitaria.
21. Estrategia de información, educación y comunicación en salud y evaluación de impacto.
22. Desarrollo de nuevas metodologías sanitarias de diagnóstico y plan para su armonización y optimización.

b. Situación actual

Actualmente el Ministerio de Salud se encuentra elaborando el proyecto de su nueva Ley de Organización y Funciones (LOF MINSA) como parte de las readecuaciones que desencadena la nueva Ley de Orgánica del Poder Ejecutivo (LOPE), en el marco del proceso de descentralización nacional.

La nueva LOF MINSA contiene un proceso esencial referido a la **regulación y gestión de la investigación en salud** que desagrega las funciones sobre esta materia. La función regulatoria del MINSA en el campo de la investigación, como en otros áreas, constituye un reto, sobre todo porque la capacidad regulatoria (normar, promover-conducir, supervisar) está incipientemente desarrollada por el Estado.

Un paso esencial en ese ejercicio regulatorio es la definición de prioridades nacionales de investigación en salud, para orientar los recursos y alinear los esfuerzos de los diferentes actores gubernamentales, el sector privado y el mundo académico.

En este sentido, luego de los antecedentes referidos, nos encontramos en un momento oportuno para establecer las prioridades de investigación, enviando una señal a los agentes involucrados sobre lo que el Estado impulsará preferentemente. Desde luego, este esfuerzo debe formar parte de una estrategia que defina lineamientos, incentivos y arreglos institucionales que hagan posible la investigación aplicada a la mejora de las políticas sanitarias.

c. Propuesta de nuevo proceso: objetivos, insumos, fases y producto

En esta nueva etapa se propone un proceso participativo nacional que permita a los diferentes niveles de gobierno, a los agentes de la sociedad civil vinculada a la salud y a la investigación sea universidades, sociedades científicas, agentes del sector privado e investigadores producir un acuerdo claro y específico: cuántas y qué prioridades de investigación deben tener la dedicación principal de recursos económicos, técnicos e institucionales para los próximos 5 años.

Como se menciona en la guía metodológica desarrollada para este acuerdo *“la investigación en salud es la producción de conocimiento que tiene por objeto el estudio de las condiciones de salud (en el nivel biológico, psicológico y social) de un individuo o población, y de las respuestas de la sociedad para mejorarlas. De esta forma la investigación en salud contribuye a la prevención y tratamiento de los problemas sanitarios, a una mayor comprensión de los determinantes socioeconómicos, y al fortalecimiento del diseño e implementación de programas eficaces y eficientes.*

En este sentido se debería enfocar la investigación en salud en las necesidades de desarrollo del país. Si el interés de la investigación es la mejora de la salud, entonces el objetivo no es incrementar el conocimiento científico básico. El énfasis sobre un problema operacional simplifica la tarea de asignar prioridades porque se puede evaluar la magnitud de un problema particular concreto y la cantidad de recursos requeridos para aliviar o superar el problema”.

Siendo la decisión de las prioridades un tema estratégico para el logro de los objetivos sanitarios nacionales y regionales es fundamental que ésta tenga legitimidad y reconocimiento de los diferentes agentes involucrados. En este sentido, la definición participativa permite involucrar a los diferentes actores para escuchar sus aportes sobre las opciones de prioridad y los criterios para seleccionarlas, como para adoptar la decisión de manera conjunta. Para lograr esta definición participativa, el proceso propuesto proporciona momentos y metodologías que harán posible ir la deliberación y la toma de decisiones desde el nivel regional hasta el nacional.

Objetivos del proceso:

1. Establecer de manera participativa las prioridades nacionales de investigación asociadas a los principales problemas sanitarios del país, en concertación con las regiones.
2. Promover el compromiso de los diferentes actores públicos y privados con las prioridades de investigación identificando los diferentes roles para su implementación.

Insumos para el proceso

Como se precisa en la metodología de prioridades de investigación, las prioridades sanitarias regionales y nacionales son el punto de partida para el análisis y la posterior toma de decisiones. De esta manera se tomará como insumos base:

1. El Plan Nacional Concertado de Salud.
2. Los planes regionales concertado o participativos de salud

Fases del proceso y productos:



Fase I

Consiste en generar espacios de análisis y deliberación sobre las necesidades de investigación asociadas a las prioridades sanitarias regionales. En esta fase se promoverán la organización de talleres en las 24 regiones, más Lima y Callao, en coordinación con los Consejos Regionales de Salud (CRS). Se promoverá que los CRS convoquen a los integrantes de las organizaciones que los conforman para analizar/identificar qué agenda de investigación es necesaria para lograr sus objetivos sanitarios, estableciendo sus prioridades regionales de investigación.

Los productos o resultados de la fase son:

- **Menú de opciones de prioridades de investigación.** Es decir un listado de temas de investigación correlacionados con prioridades sanitarias, de acuerdo a pauta de trabajo que se desarrolla en la sección de eventos regionales.
- **Criterios de definición de prioridades validados.** El INS propondrá un conjunto de criterios: severidad, costo-efectividad, equidad, aceptabilidad ética, calidad científica, factibilidad e impacto. Se espera que los diferentes agentes participantes de las reuniones regionales revisen, comprendan y propongan ajustes o precisiones a los criterios. La deliberación sobre los criterios busca dos resultados: (i) que los agentes participantes conozcan y comprendan los criterios que serán utilizados en el momento de decisión de las prioridades en la II

fase y (ii) que los criterios sean enriquecidos y reconocidos como validos.

- **Prioridades regionales de investigación.** Luego de la definición de una agenda o listado de opciones de prioridad de investigación, se proporcionará asistencia a los equipos regionales para selecciones 5 prioridades. De todas las prioridades regionales se confeccionará el Menú de opciones para el evento nacional.
- **Elección de representantes regionales** a foro nacional donde se delibera y deciden las prioridades de investigación. El INS definirá una cuota de participación por región, de acuerdo a criterios población y de pobreza.

Fase II

En esta fase se realizará un foro nacional, con las representaciones de todas las regiones más Lima y Callao. Se espera tener 500 representantes. Las decisiones que se adopten tendrán carácter vinculante, en el marco de los parámetros establecidos por el INS, entidad del MINSA, rectora de la investigación en salud. Dada la naturaleza de la reunión se contará con la participación de la Oficina Nacional de Procesos Electorales (ONPE) para organizar el momento de decisión mediante el voto de todos los representantes acreditados. Asimismo, para supervisar el proceso y garantizar su limpieza, transparencia y el cumplimiento de los principios y reglas establecidas se invitará a la organización civil TRANSPARENCIA (entidad especializada en vigilancia de procesos electorales).

El producto de esta fase es:

- 5 prioridades nacionales de investigación en salud para el período 2010-2014.
- Identificar los roles de los diferentes agentes vinculados a prioridades para la fase de gestión de las mismas.

Fase III

La tercera fase se centrará en establecer, sobre la base de los diferentes aportes de las dos primeras, los lineamientos de política de investigación que permitirán su implementación y la estrategia que defina los arreglos institucionales necesarios, como las acciones que deben adoptarse para su financiamiento y aplicación.

II. Fase I: las consultas regionales

a. ¿Qué son las consultas regionales?

Son reuniones de trabajo convocadas por los Consejos Regionales de Salud con la participación de los integrantes de las organizaciones que lo conforman y otras organizaciones que tienen un papel en la salud y la investigación regional para analizar las prioridades sanitarias regionales identificando las necesidades de investigación asociadas.

b. Objetivos

- Deliberar sobre las necesidades de investigación que requiere el abordaje de sus prioridades sanitarias.
- Definir las prioridades regionales de investigación.
- Lograr el involucramiento de los diferentes agentes regionales y nacionales, el reconocimiento de la importancia del proceso y la trascendencia aplicativa de establecer prioridades de investigación en salud.
- Proponer un listado de temas de investigación para aportar al menú nacional de opciones de prioridad de investigación en salud.

c. Productos / resultados

1. **Listado de temas/tipos de investigación.** Este listado estará organizado en función a las prioridades sanitarias. Ejemplo de matriz.

Prioridad/objetivo: reducir la mortalidad materna	
Objetivos específicos: -Reducir el embarazo en adolescentes -Reducir complicaciones del embarazo, parto, post parto -Ampliar el acceso a la planificación familiar	
Tipos de investigación	Justificación/sustentación

2. **Reporte de aportes a los criterios de priorización.** A los eventos regionales se llevará un listado de criterios para ser analizados por los participantes. Se espera recibir aportes, comentarios, precisiones o agregados a la lista propuesta según la siguiente matriz. Cada facilitador debe traer un reporte consolidado por región de todos los aportes dados por los grupos (uno sólo por región).

Criterios propuestos	Comentarios - aportes
1. Severidad (grado de incapacidad) y magnitud del problema (número de personas afectadas). Se propone la necesidad de asignar recursos a los problemas considerados de mayor carga global de enfermedad.	
2. Costo-efectividad de las intervenciones investigadas (beneficios estimados devengados a la sociedad tanto al total de los resultados de la investigación como los comparados a sus costos estimados). Donde los beneficios son medidos en términos de AVISAS ganados o salvados.	
3. Efecto en la equidad (probabilidad de impacto de la investigación en los segmentos más pobres de la población). Desde que los costos son normalmente más bajos para salvar una año de vida saludable para una persona pobre (por ej: uso de antibióticos, rehidratación oral, vacunas) tenga acceso a esos instrumentos, hay una orientación hacia la equidad.	
4. Aceptabilidad ética: Esto es parte de los cálculos de costo-efectividad (cómo hacer efectivas futuras intervenciones?) con el fin de determinar intervenciones más costo-efectivos	
5. Calidad científica de las investigaciones propuestas. Aquellas que puedan proporcionar un nivel de evidencia se A o B (Según los criterios de Cochrane)	
6. Factibilidad de la investigación propuesta (disponibilidad de recursos humanos necesarios, financiamiento y servicios)	
7. Impacto sobre el fortalecimiento de la capacidad de la investigación propuesta	
8. Otros criterios	SUSTENTACIÓN

3. **Prioridades regionales de investigación.** Cada región definirá 3 o 5 prioridades (según decisión del Gobierno Regional/DIRESA), tomando como referente el listado elaborado por cada prioridad sanitaria regional. Ejemplo de matriz:

Prioridades de investigación	Justificación	Prioridades/objetivos sanitarios asociados (ejemplos)
1. Investigaciones para conocer más la enfermedad o daño y los factores de riesgo	No se conoce bien la enfermedad y/o los factores de riesgo y determinantes de la persistencia de la carga enfermedad.	Diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades mentales, accidentes de tránsito.
2. Evaluaciones de impacto de las nuevas intervenciones	Las intervenciones actuales son inefectivas o no existen en el país.	Diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades mentales, accidentes de tránsito.
3. Evaluaciones de impacto de intervenciones actuales	La enfermedad persiste y no se conoce el impacto ni la efectividad de las intervenciones actualmente implementadas	Nutrición y muerte materna.
4. Evaluaciones de costo-efectividad de intervenciones	Existe más de una intervención o se hacen costosas o inefectivas	Desnutrición y accidentes de tránsito.
5. Investigaciones operativas	Existen intervenciones efectivas pero existen problemas en su implementación	Cáncer, muerte materna, muerte infantil, malaria, dengue, VIH-SIDA
6. Investigaciones para sustentar inversiones en investigación en salud y para medir el impacto y costo-beneficio de las investigaciones en salud	No existe financiamiento para investigaciones en salud pública	Diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades mentales, accidentes de tránsito.

4. **Acta de elección de representantes regionales al evento nacional.** Según la cuota asignada a la región, los participantes deben elegir a sus representantes y levantar un acta con sus nombres y datos para acreditarlos para el foro nacional a realizarse en la ciudad de Lima en noviembre. Ejemplo de acta:

“En la ciudad de Chiclayo, siendo las 4:00 de la tarde del 22 de octubre, se ha elegido a los 5 representantes de la región que deberán participar en el Foro Nacional de definición de prioridades nacionales de investigación.

Nombre	DNI	Dirección, fono, email

Con nuestra firma acreditamos su participación...”
Gerente de Desarrollo Social, Director Regional de Salud/Presidente del CRS,
etc

III. Pasos de las consultas regionales

Las consultas regionales están conformadas por tres pasos o momentos y dos interfases.



a. Paso 1

Avanzada regional: acuerdo de trabajo y cronograma

Objetivos de la avanzada

1. Presentar al gobierno regional y al Consejo Regional de Salud (CRS) los objetivos y alcances del proceso de definición de prioridades nacionales de investigación.
2. Lograr que el Gobierno Regional y el CRS tengan una comprensión clara de los alcances de la consulta regional, sus objetivos, utilidad y productos.
3. Establecer un acuerdo de trabajo para la realización de las reuniones o talleres regionales previos al foro nacional.

Producto / resultado de la avanzada

1. **Acta de acuerdo de trabajo.** Esta debe contener las actividades a realizarse, las fechas, los compromisos y los responsables. A continuación modelo de acta:

Siendo las ... : horas del díade del 2009, en la ciudad de se reúnen los representantes del Instituto Nacional de Salud y del Consejo Regional de Salud y otras autoridades, con la siguiente agenda:

1. Presentación de los representantes del INS al Gobierno Regional y al Consejo Regional de Salud (CRS) los objetivos y alcances del proceso de definición de prioridades regionales y nacionales de investigación (objetivos, fases y productos).
2. Establecer un acuerdo de trabajo para la realización de las reuniones o talleres regionales previos al foro nacional:

Compromisos (*)	Responsables	Nombre del punto focal	Fechas (plazos)
Taller 1 “Agenda de investigación y validación de criterios de priorización”			
• Presentar listado de participantes	CRS-G.D.Social		
• Realizar convocatoria	CRS-G.D.Social		
• Identificar facilitadores regionales	CRS-G.D.Social		
• Elaborar la Guía metodológica, las matrices de trabajo y proporcionar asistencia técnica al equipo regional	INS-OGITT		
• Gestión de recursos: local y refrigerios	INS financia. CRS gestiona.		
Taller 2: “Prioridades regionales de investigación en salud”			
• Presentar listado de participantes	CRS-G.D.Social		
• Realizar convocatoria	CRS-G.D.Social		
• Identificar facilitadores regionales	CRS-G.D.Social		
• Elaborar la Guía metodológica, las matrices de trabajo y proporcionar asistencia técnica al equipo regional	INS-OGITT		
• Gestión de recursos: local y refrigerios	INS financia. CRS gestiona.		

(*) De existir compromisos adicionales, incorporarlos en la matriz.

Conclusiones de la reunión: (algunas observaciones o precisiones que se estimen convenientes, en caso contrario consignar las impresiones del viaje en informe de avanzada).

Relación de nombres de participantes y firmas:”

2. Listado de prioridades sanitarias regionales y sus estrategias para armar el material del primer taller. La fuente para esta información es el plan concertado o participativo regional de salud, la misma que debe ser confirmada por la autoridad sanitaria regional (DIRESA o Gerencia de Salud).

Prioridad - objetivo estratégico asociado
Objetivos específicos
Estrategias 1. 2. 3. 4. 5.

Organizadores

Ministerio de Salud - INS

Participantes

En esta fase es indispensable considerar a los agentes o actores clave que serán informados y con quiénes se llegará a un acuerdo.

1. Gerente de Desarrollo Social
2. Director Regional de Salud
3. Integrantes titulares del Consejo Regional de Salud
4. Secretaría técnica del CRS
5. Universidades regionales

Materiales

- Presentación tipo sobre el proceso, que incluye la propuesta base de talleres.
- Modelo de acta de acuerdos

Programa de trabajo

Hora	Actividad	Participantes
9:00 - 10:00	Presentación al Gobierno Regional sobre los alcances de la avanzada y los términos de la reunión con el CRS	Gerente de Desarrollo Social - Director Regional de Salud - Secretaría Técnica del CRS
11:00 - 1:00	Reuniones o visitas a algunos integrantes clave del CRS (según sondeo previo efectuado con Secretaría Técnica del CRS)	Ejemplos: Colegio Médico, Foro Salud, universidades, otros.
Reunión CRS		
Hora	Actividad	Metodología
4:00 - 4:35	Presentación de propuesta de proceso a seguir <ul style="list-style-type: none">• Objetivos• Fases• Productos	Exposición power point
4:35 - 5:35	Comentarios y preguntas	Dialogo
5:35 - 6:35	Establecimiento de acuerdos <ul style="list-style-type: none">• Actividades• Fechas• Compromisos• Responsables	Presentación de matriz o modelo de acta.

INTERFASE 1

Actividades de seguimiento y preparación

1. Monitorear la convocatoria realizada por la Secretaría Técnica del CRS
2. Reproducir los materiales de trabajo (guía metodológica, presentaciones)
3. Preparar las matrices de trabajo (prioridades y estrategias)
4. Gestión de recursos comprometidos para la realización de los talleres regionales

b. Paso 2

Primer taller: agenda de investigación y validación de criterios de priorización

Objetivos

1. Los participantes identifican los temas de agenda de investigación asociados a sus prioridades sanitarias regionales.
2. Los participantes reconocen, analizan y realizan aportes a los criterios de selección de prioridades de investigación propuestos, que deben ser utilizados tanto para la definición regional como para el foro nacional.
3. Los participantes conocen los alcances del proceso de definición de las prioridades nacionales de investigación y comprenden la importancia de contar con ellas.

Productos / resultados

1. Listado de temas de investigación. Este listado estará organizado en función a las prioridades sanitarias.
2. Reporte de aportes a los criterios de priorización según matriz de trabajo.
3. Acta de elección de representantes regionales al evento nacional. Según la cuota asignada a la región, los participantes deben elegir a sus representantes y levantar un acta con sus nombres y datos para acreditarlos para el foro nacional a realizarse en la ciudad de Lima en noviembre.

Organizadores

Gobierno Regional - DIRESA - Consejo Regional de Salud

Auspicia: Ministerio de Salud - Instituto Nacional de Salud

Participantes

1. Gerencias Regionales
 2. Gerencia de Desarrollo Social
 3. Dirección Regional de Salud - equipo de gestión, directores y jefes.
 4. Instituciones integrantes de Consejo Regional de Salud
 5. Otras organizaciones de la sociedad civil que no tengan representación directa en el CRS, como las universidades regionales.
- Aproximadamente: 40 personas

Materiales

- Guía del taller
- Presentaciones de proceso
- Plan Concertado o Participativo Regional de Salud (secciones referidas a prioridades)

Programa

Tiempo	Contenidos	Metodología general/Responsables
8:30 - 9:00 a.m.	Registro e inscripción de participantes	Equipo de registro
9:00 - 9:15 a.m.	Inauguración del evento	Gobierno Regional
9:15 - 9:25 a.m.	Sesión 1 Presentación de objetivos, metodología y programa del taller	Facilitador General
9:25 - 10:25 a.m.	Sesión 2: Presentación del proceso y metodología de definición de prioridades regionales y nacionales de investigación en salud <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definiciones fundamentales del proceso: objetivos, horizonte temporal de las prioridades, productos y aplicación proyectada. ▪ Los pasos o fases y sus hitos y productos ▪ Presentación de metodología de definición de prioridades 	Presentación y diálogo. Facilitador
11:25 - 10:40 a.m.	Refrigerio	
10:40 - 1:00 p.m.	Sesión 3 Identificando la agenda de investigación para las prioridades regionales <ul style="list-style-type: none"> • Presentación de la metodología de identificación: matriz para opciones de prioridades de investigación basadas en prioridades sanitarias (15 minutos) • Breve presentación de la prioridad sanitaria • Presentación de matriz de trabajo conteniendo las prioridades sanitarias regionales y estrategias • Trabajo de grupos por prioridad sanitaria (5 grupos -uno por prioridad) 	Trabajos de grupos Presentación Facilitador Diálogo y llenado de matriz de trabajo
1:00 - 2:00 p.m.	Almuerzo	
2:30 - 3:30 p.m.	Continuación de sesión 3	Diálogo y llenado de matriz

		de trabajo
3:30 - 4:30 p.m.	Sesión 4 Conociendo y aportando a los criterios de definición de prioridades de investigación <ul style="list-style-type: none"> • Presentación de cuadro de criterios • Discusión grupal • Llenado de matriz de aportes • Plenaria de acuerdos 	Trabajo de grupos Presentación Facilitador Diálogo y llenado de matriz de trabajo Dialogo y revisión de coincidencias frecuentes
4:30 - 5:45 p.m.	Sesión 5 Elección de representantes a Foro Nacional <ul style="list-style-type: none"> • Presentación de reglas de elección • Presentación de propuestas • Elección • Llenado de acta de representantes 	Presentación Facilitador Arturo Granados Diálogo y llenado de matriz de trabajo
5:45 - 6:30 p.m.	Próximos pasos	Presidente del CRS

SESIÓN 1

Presentación del taller

Día y Hora

Día 1, 9:15 a 9:25 a.m.

Objetivos

- Los participantes conocen y comparten los objetivos y productos esperados del taller de trabajo.
- Conocen y comprenden la secuencia y la lógica del programa y la metodología a seguir.

Descripción de la actividad

1. Presentación de objetivos, programa y metodología.
2. Precisiones y aclaraciones.

SESIÓN 2

Presentación del proceso de definición de prioridades regionales y nacionales de investigación en salud

Día y Hora

Día 1, 9:15 a 10:25 a.m.

Objetivos

1. Los participantes conocen y comprenden las definiciones fundamentales del proceso de definición de prioridades de investigación y su utilidad regional y nacional.
2. Los participantes asumen la necesidad de establecer prioridades (pocas) para hacer viable el desarrollo de investigación asociada al logro de sus objetivos sanitarios.
3. Los participantes conocen la metodología definición de prioridades y sus definiciones fundamentales (prioridad de investigación, relación con prioridad sanitaria)

Descripción de la actividad

1. Presentación de definiciones fundamentales y alcance del proceso (20 minutos)
2. Diálogo: presentación de preguntas y precisiones (25 minutos)
3. Síntesis y conclusiones del dialogo (15 minutos)

Presentación del proceso en power point

Las prioridades de investigación alineadas con las necesidades nacionales de salud. Propuesta metodológica para el Perú

Aníbal Velásquez¹⁵

La investigación en salud es la producción de conocimiento que tiene por objeto el estudio de las condiciones de salud (en el nivel biológico, psicológico y social) de un individuo o población, y de las respuestas de la sociedad para mejorarlas. De esta forma la investigación en salud contribuye a la prevención y tratamiento de los problemas sanitarios, a una mayor comprensión de los determinantes socioeconómicos, y al fortalecimiento del diseño e implementación de programas eficaces y eficientes.

En este sentido se debería enfocar la investigación en salud en las necesidades de desarrollo del país. Si el interés de la investigación es la mejora de la salud, entonces el objetivo no es incrementar el conocimiento científico básico. El énfasis sobre un problema operacional simplifica la tarea de asignar prioridades porque se puede evaluar la magnitud de un problema particular concreto y la cantidad de recursos requeridos para aliviar o superar el problema. Mientras que la contribución de la investigación básica puede ser grande, el efecto es difícil de medir en el corto plazo.

Las prioridades deberían ser para adquirir nuevo conocimiento que pueda contribuir directamente a mejorar los sistemas de salud; pero sobre la adaptación y aplicación del conocimiento ya ganado en otras áreas de solución de problemas.

Se debe dar énfasis en resolver problemas operacionales actuales o promover habilidades y la ganancia de experiencia que contribuyan a soluciones efectivas de los problemas en el futuro.

Las intervenciones en salud de un país deberían ser basadas en evidencias¹⁶, estas incluyen el desarrollo de intervenciones más costo-efectivas, la identificación de razones para el poco uso de los sistemas de salud o el desarrollo de nuevas tecnologías e innovaciones.

Antes de desarrollar procesos de asignación de prioridades es importante considerar el ambiente en el cual toma lugar¹⁷. Preguntas clave se refieren a ¿Quiénes están involucrados en la investigación de salud en el país? ¿Cómo los que políticos perciben la investigación? ¿Cuál es la capacidad disponible para hacer, usar y financiar investigaciones?

El involucramiento de múltiples actores clave en la asignación de prioridades es de fundamental importancia para la credibilidad del proceso y para su implementación. Así quienes se apropian del problema pueden proveer las soluciones.

El Consejo de Investigación en Salud para el Desarrollo (COHRED)¹⁸ recomienda que el establecimiento de prioridades debe ser flexible para el corto, mediano y largo plazo

¹⁵ Jefe del Instituto Nacional de Salud

¹⁶ Bennett S (2007). Delivering evidence to inform health system strengthening: the role of systematic reviews. In: Global Forum Update on Research for Health Volume 4. Equitable access: research challenges for health in developing countries, p:148-150

¹⁷ Council on Health Research for Development (COHRED) (2006). Priority Setting for Health Research: Toward a management process for low and middle income countries. Disponible en

http://www.cohred.org/priority_setting/COHREDWP1%20PrioritySetting.pdf

¹⁸ Council on Health Research for Development (COHRED) (2006). Op. cit.

y sujeto a revisión regular y reflexión; y cuando se establecen prioridades es necesario un enfoque práctico y realista.

La necesidad de establecer prioridades de investigación en salud y la brecha 10/90

A partir de la evaluación que el Foro Mundial para la Investigación en Salud realizó en 1998 se determinó que menos del 10% de los recursos destinados a la investigación en el mundo eran destinados al 90% de los problemas de salud en el mundo¹⁹ (medidos con la carga global de enfermedad). Dado que el costo económico y humano de esta mala asignación es elevado fue creado el Foro Mundial para la investigación en salud, el cual inició sus operaciones en 1998 para corregir esta brecha 10/90. El objetivo central del Foro Mundial es ayudar a corregir la brecha 10/90 dirigiendo los esfuerzos sobre las causas de mayor carga de enfermedad de la salud en el mundo, mejorar la asignación de fondos para la investigación y facilitar la colaboración entre socios del Foro (gobiernos, políticos, agencias multilaterales y bilaterales, fundaciones internacionales, ONGs nacionales e internacionales, institutos de investigación y universidades, compañías del sector privado y los medios).

El 10% de los fondos disponibles para los problemas prioritarios también necesitan ser mejor priorizados. Dado que se podría obtener más con los mismos recursos estos deberían ser redireccionados desde los de más baja prioridad hasta los de mayor prioridad con proyectos que beneficien a más población.

Hay numerosas razones para este desbalance en el financiamiento de la investigación:

- El 90% de los fondos de la investigación están en manos de un pequeño número de países, el cual de manera comprensible, han dado prioridad a sus propias necesidades de investigación.
- Los tomadores de decisión no consideran la magnitud de los problemas fuera de sus propias fronteras nacionales, en particular, del impacto sobre su propio país de la situación de salud del resto del mundo. Ahora se sabe que la salud de otros países afectan directamente (incremento de viajes, enfermedades re-emergentes, desarrollo de resistencia anti-microbiana debido al mal uso de drogas anti-microbianas) e indirectamente (más bajo crecimiento económico, migración)
- Los procesos de toma de decisiones están influenciadas por las preferencias personales de científicos o de políticos, por la competencia entre instituciones, preferencias de donantes, tradiciones y circunstancias locales
- Hay insuficiente comprensión del rol del sector público podría jugar en apoyar el sector privado en el descubrimiento y desarrollo de medicamentos para las enfermedades olvidadas que afectan preferentemente a los países de bajos recursos
- Las decisiones en el sector privado están basadas en la rentabilidad.

¹⁹ Global Forum for Health Research (2000). The 10/90 Report on Health Research 2000. Geneva. World Health Organization

Criterios para determinar prioridades en la asignación de recursos del sector público

La asignación de prioridades ha sido promovida desde 1990 por la estrategia de Investigación Esencial Nacional en Salud. Desde entonces, muchos países en desarrollo han asignado prioridades de investigación, sin embargo se necesitan más esfuerzos para que las prioridades puedan moverse hacia las políticas y al impacto.

El objetivo de utilizar criterios explícitos para determinar prioridades en investigación permite hacer el proceso de selección más transparente como sea posible y asignar los limitados recursos de la investigación en vías más productivas. Hay un grado de consenso sobre los principales criterios a ser aplicados. Los principales criterios incluyen^{20 21 22}:

- Severidad (grado de incapacidad) y magnitud del problema (número de personas afectadas). Se propone la necesidad de asignar recursos a los problemas considerados de mayor carga global de enfermedad.
- Costo-efectividad de las intervenciones investigadas (beneficios estimados devengados a la sociedad tanto al total de los resultados de la investigación como los comparados a sus costos estimados). Donde los beneficios son medidos en términos de AVISAs ganados o salvados.
- Efecto en la equidad (probabilidad de impacto de la investigación en los segmentos más pobres de la población). Desde que los costos son normalmente más bajos para salvar una año de vida saludable para una persona pobre (por ej: uso de antibióticos, rehidratación oral, vacunas) tenga acceso a esos instrumentos, hay una orientación hacia la equidad.
- Aceptabilidad ética: Esto es parte de los cálculos de costo-efectividad (cómo hacer efectivas futuras intervenciones?) con el fin de determinar intervenciones más costo-efectivos
- Calidad científica de las investigaciones propuestas. Aquellas que puedan proporcionar un nivel de evidencia se A o B (Según los criterios de Cochrane)
- Factibilidad de la investigación propuesta (disponibilidad de recursos humanos necesarios, financiamiento y servicios)
- Impacto sobre el fortalecimiento de la capacidad de la investigación propuesta

Según el reporte del Foro Mundial para la Investigación en Salud del año 2004 se ha establecido prioridades de investigación en la mayoría de países, sin embargo la mayoría de ellos no han implementado el financiamiento de investigaciones. Es obvio que la asignación de prioridades solo llega a ser efectiva si se llegan a implementar las investigaciones, en consecuencia es imprescindible que las prioridades de investigación sean definidas con criterios de factibilidad y eficiencia y debe utilizar mecanismos para asegurar el involucramiento de los que toman decisiones y alinearlos con las políticas y prioridades nacionales de salud establecidas en procesos legítimos y con aval de las autoridades de turno. En otras palabras, el establecimiento de prioridades en investigación no pueden establecerse en forma aislada y desde los grupos o instituciones que hacen investigación sino desde las

²⁰ Global Forum for Health Research (2000). The 10/90 Report on Health Research 2000. Geneva. World Health Organization

²¹ Global Forum for Health Research (2002). The 10/90 Report on Health Research 2001-2002. Geneva

²² Global Forum for Health Research (2004). The 10/90 Report on Health Research 2003-2004. Geneva

instituciones que tienen la responsabilidad de implementar los programas y de hacer que funcione el sistema de salud.

Por esta razón, el Foro Mundial aconseja que es mejor comenzar con una estrategia orientada a la acción, es decir que los esfuerzos se concentren en investigaciones viables, focalizadas en áreas específicas, algunos tópicos y en pocas instituciones. De tal forma que la investigación también esté ligada al fortalecimiento de las capacidades de investigación.

El Foro Mundial también sostiene que para hacer sustentable un proceso de establecimiento de prioridades es necesario especificar objetivos de corto plazo y metas de mediano y largo plazo que pueden ser las piedras angulares del plan de investigación en un país.

La estrategia “Investigación Esencial Nacional en Salud- IENS” del Foro Mundial

Para ayudar a reducir la brecha 10/90 en el Tercer Mundo el Foro Mundial propuso establecer una base apropiada de investigación en salud. Para financiar el desarrollo de esta investigación esencial en cada país, se ha recomendado que los países en desarrollo inviertan 2% del presupuesto nacional de salud para investigación y fortalecer capacidades, y que las agencias aporten al menos el 5% de su financiamiento en el sector salud para este mismo propósito.

Con esta aproximación sistemática para manejar y organizar la investigación de un país se espera promover la salud y el desarrollo sobre la base de equidad y justicia social. La investigación esencial y nacional en salud es un instrumento para comprender sus propios problemas, para lograr la efectividad de los recursos limitados, para mejorar las políticas de salud y gerencias, para promover la innovación y experimentación, y proveer los fundamentos para determinar prioridades internacionales. Con este fin se actualizan la base de conocimientos científicos necesarios para establecer prioridades.

Los criterios propuestos por el Foro Mundial para identificar prioridades de investigación son:

- Impacto económico, incluyendo la severidad de los problemas (urgencia, grado de incapacidad) y la magnitud /prevalencia del problema (carga de enfermedad)
- Costo-efectividad de las intervenciones
- Efecto sobre la equidad y justicia social
- Aceptabilidad ética, política social y cultural de la investigación : probabilidad de encontrar soluciones
- Evitar la duplicación
- Contribuir al fortalecimiento de capacidades

En respuesta a cómo asignar recursos, entre un gran número de posibles proyectos de investigación, para tener mayor impacto sobre la salud de mayor número de gente, el Comité Ad Hoc sobre Investigación en Salud (1996) propuso cinco pasos para ayudar a los tomadores de decisión:

Paso 1: Calcular la carga atribuible a cada principal enfermedad o factor en el país. Esto puede ser medido en AVISA (Años de Vida Saludables Perdidos - DALYs en inglés)

Paso 2: Identificar las razones para la persistencia de la carga de enfermedad (Por ej. identificar los principales determinantes de la salud)

Las posibles causas:

- Poco conocimiento sobre la enfermedad y sus determinantes
- Pobres herramientas
- Fallas para usar la existencia efectivamente (investigación operativa y más políticas de salud y sistemas de investigación)

Basado en el análisis y usando datos sobre la eficacia de las intervenciones disponibles e información de expertos del área sobre la proporción de la población que reciben intervenciones efectivas.

Con este fin el Comité diseñó una caja de análisis para ayudar a identificar los siguientes elementos (Fig. 1):

- La porción de carga de cada enfermedad
- La porción de la carga de enfermedad que podría ser evitada con el mejor uso de intervenciones costo-efectivas existentes (así se requiere más investigación sobre las políticas de salud y sistemas)
- La porción de la total carga el cual podría ser evitado pero solo con intervenciones no efectivas (así requieren más investigación biomédica para reducir el costo de esas intervenciones)
- La porción del total carga el cual podría ser evitado solo con nuevas intervenciones (así requieren más investigación biomédica para identificar nuevas intervenciones)

Paso 3: Juzgar lo adecuado del actual conocimiento base, incluyendo el costo-efectividad de las actuales intervenciones

Si las actuales intervenciones son muy caras, entonces se necesita investigar intervenciones más costo-efectivas. Estos pasos involucran los cálculos del costo-efectividad de las intervenciones potenciales (en términos de costos totales por AVISA evitado, incluyendo el costo de la intervención en si mismo) y la comparación con el costo-efectividad de las intervenciones existentes. El Comité concluyó que alguien conduce la investigación una intervención que cueste menos que US\$150 por AVISA evitado en países de bajos ingresos es atractivo

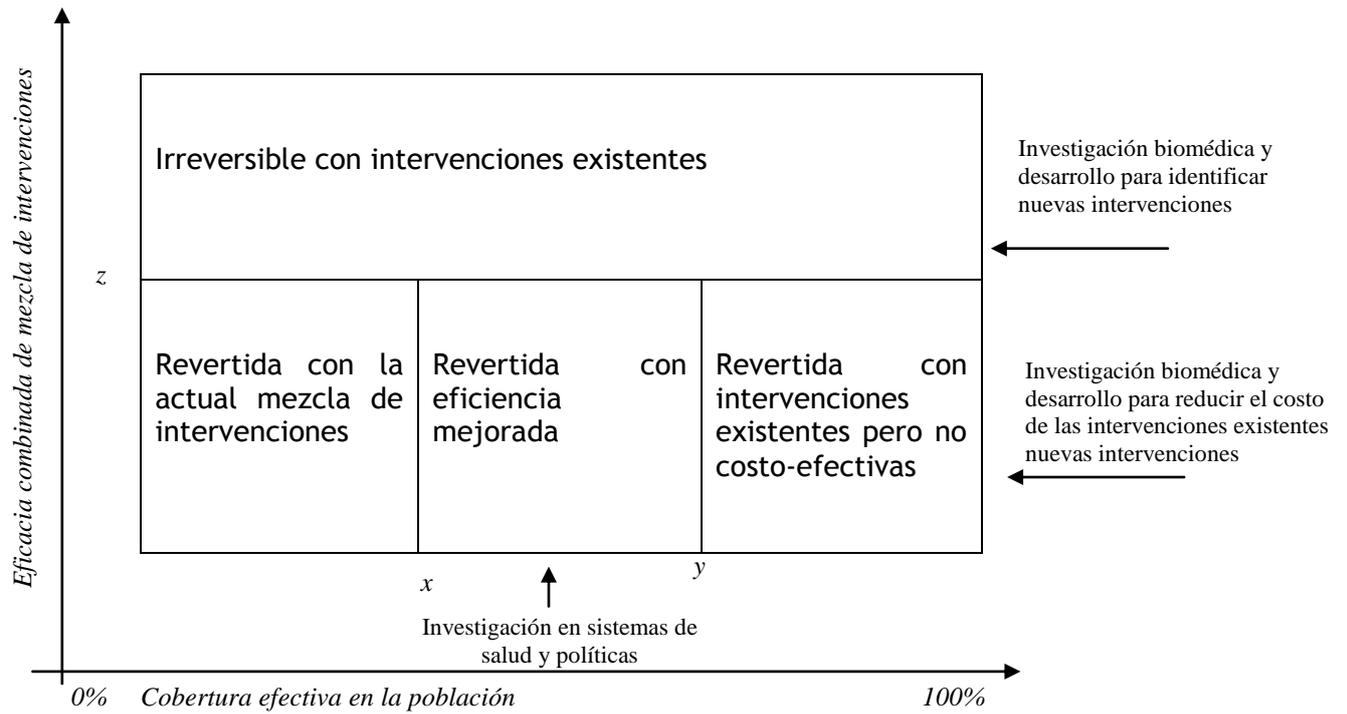
Paso 4: Evaluar el impacto de la investigación y desarrollo: ¿La investigación produce intervenciones más costo-efectivas que las existentes?

Paso 5: Análisis del flujo de recursos en investigación, responde a la pregunta ¿Cuáles son los recursos actuales para investigar las enfermedades o factores de riesgo prioritarios? ¿Se requiere mayor inversión o se necesita mejorar la inversión en la investigación y el desarrollo?

En la Fig. 1. se muestra los criterios para definir el tipo de investigación que es necesario para mejorar la efectividad y eficiencia de las intervenciones. Se toma en cuenta el impacto en la carga de enfermedad y en los costos de las intervenciones.

Fig. 1. Analizando los problemas de la carga de enfermedad de un problema de salud para identificar las necesidades de investigación. Carga de enfermedad que puede ser revertida o no con las herramientas existentes²³

²³ Global Forum for Health Research (2000). The 10/90 Report on Health Research 2000. Geneva. World Health Organization



X= cobertura de la población con la actual mezcla de intervenciones

Y= máxima cobertura alcanzable con una mezcla de intervenciones disponibles

Z= eficacia combinada de una mezcla de todas las intervenciones disponibles

Propuesta metodológica para establecer prioridades de investigación en salud en el Perú

La metodología empleada en este reporte se basa en la adaptación de la Matriz con Enfoque Combinado (MEC) del Foro Mundial para la Investigación en Salud²⁴ y la lista de chequeo para el análisis estratégico de las necesidades de salud del TDR-OMS. La adaptación de esta matriz ha sido realizada tomando en cuenta los criterios sugeridos por el Foro Mundial de Investigación en Salud^{25 26 27} y por el Consejo Investigación en Salud para el Desarrollo²⁸.

.

La MEC ha sido creada sobre la base de la metodología para la fijación de prioridades de la estrategia IENS y las propuestas del Comité Especial de Investigación sobre la Salud y el Comité Asesor de Investigaciones en Salud del Foro Mundial para la Investigación en Salud. La Matriz con Enfoque Combinado (Combined Approach Matrix - CAM) fue propuesta el año 2000 y ha sido útil para incorporar y resumir toda la información obtenida en los procesos de establecimiento de prioridades de investigación en salud. La MEC incorpora dimensiones económicas e institucionales en un único instrumento para establecer prioridades de investigación.

A partir de lo anteriormente expuesto, se propone que las prioridades de investigación en salud en el Perú se establezcan según los siguientes pasos:

Paso 1. Análisis situacional de las prioridades de salud y la carga de enfermedad medido en AVISA (Años de vida Saludables Perdidos)

Paso 2. Identificación de las estrategias e intervenciones para controlar o enfrentar los problemas de salud prioritarios del Plan Nacional Concertado de Salud del MINSA

Paso 3. Identificación de las necesidades de investigación para cada prioridad de salud

Paso 4. Convocatoria a instituciones e investigadores en el ámbito regional y nacional para establecer prioridades de investigación

Paso 5. Formulación de políticas en investigación

Paso 6. Definición de estrategia de gestión de las prioridades de investigación: asignación y gestión de recursos para la investigación

Los criterios de priorización de los tres primeros pasos se muestran en el Cuadro 1.

²⁴ Global Forum for Health Research, helping correct the 10/90 gap. The Combined Approach Matrix, a priority setting tool for health research. Edited by Abdul Ghaffar, Andres de Francisco, Stephen Matlin. June 2004.

²⁵ Global Forum for Health Research (2000). The 10/90 Report on Health Research 2000. Geneva. World Health Organization

²⁶ Global Forum for Health Research (2002). The 10/90 Report on Health Research 2001-2002. Geneva

²⁷ Global Forum for Health Research (2004). The 10/90 Report on Health Research 2003-2004. Geneva

²⁸ Council on Health Research for Development (COHRED) (2006). Priority Setting for Health Research: Toward a management process for low and middle income countries. Disponible en http://www.cohred.org/priority_setting/COHREDWP1%20PrioritySetting.pdf

Cuadro 1: Pasos y criterios metodológicos para establecer los proyectos prioritarios de investigación en salud del PNCTI 2010-2014

Pasos para establecer proyectos prioritarios de salud en el PNCTI 2007-2011	Características del análisis	Criterios de decisión
<p>PASO 1. Análisis situacional de las prioridades de salud del PNCS_MINSA y la carga de enfermedad medido en AVISA (Años de vida Saludables Perdidos)</p>	<p>¿Cuál es el tamaño y naturaleza de la carga de enfermedad?</p> <p>¿Cuáles son las tendencias epidemiológicas?</p> <p>¿Cuáles son los actuales o probables factores futuros que impactan en la carga en los niveles y en que vía:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Individual, comunidad y hogares -sector salud (ministerio de salud, sistemas y oferta de servicios) -sectores no salud -gobierno e internacional? <p>¿Por qué la carga de la enfermedad persiste?</p>	<p>Se priorizarán las prioridades de salud del PNCS-MINSA que tengan mayor carga de enfermedad (más AVISA)</p> <p>Si no se conoce bien la enfermedad o no se conocen los factores que hacen que persista la carga de enfermedad se concluye que se necesitan investigaciones con este fin</p>
<p>PASO 2. Identificación de las estrategias e intervenciones para controlar o enfrentar los problemas de salud prioritarios que se han establecido en el PNCS-MINSA</p>	<p>¿Cuál es la estrategia de control?</p> <p>¿Hay un paquete efectivo de métodos de control ensamblados en una estrategia de control para la mayoría de prioridades?</p> <p>¿Cuáles son los actuales componentes (estratificado por acceso geográfico si es necesario)?</p> <p>Si existe una estrategia de control, cuán efectivo es (basado en observaciones), o podría ser (basado en modelamiento epidemiológico) en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduciendo la morbilidad • Previendo la mortalidad • Reduciendo la transmisión 	<p>Si las respuestas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “No hay una estrategia de control” se deberían hacer investigaciones que prueben nuevas intervenciones o se deberían hacer revisiones sistemáticas para obtener evidencias de intervenciones efectivas ▪ “No se conoce la efectividad de los programas actuales” entonces se deberían hacer investigaciones para determinar la efectividad de las intervenciones actuales

	<ul style="list-style-type: none"> • Reduciendo la carga? ¿Qué es conocido del costo-efectividad, aceptabilidad, factibilidad y sostenibilidad de la estrategia de control? 	
PASO 3. Identificación de las necesidades de investigación para cada prioridad de salud	¿Qué tipo de investigaciones son necesarias para lograr los objetivos sanitarios definidos en base a las prioridades de salud?	
	Tipos	Justificación
	1. Investigaciones para conocer más la enfermedad y los factores de riesgo	
	2. Evaluaciones de impacto de intervenciones nuevas	
	3. Evaluaciones de impacto de intervenciones actuales	
	4. Evaluaciones de costo-efectividad de intervenciones	
	5. Investigaciones operativas	
6. Investigaciones para sustentar inversiones en investigación en salud y para medir el impacto y costo beneficio de las investigaciones en la salud		

A continuación se muestra un ejercicio de la aplicación de esta metodología utilizando el Estudio Nacional de Carga de Enfermedad y el Plan Nacional Concertado de Salud del MINSA.

Carga de enfermedad en el Perú. Años de vida saludables perdidos (AVISA) y las prioridades de salud

Existe consenso que un criterio fundamental para definir prioridades de salud y de investigación es el estudio de carga de enfermedad, es decir ordenar las causas de enfermedad según la mortalidad y discapacidad que producen medidos con un indicador que resume estas dos condiciones denominado AVISA (Años de Vida Saludables Perdidos).

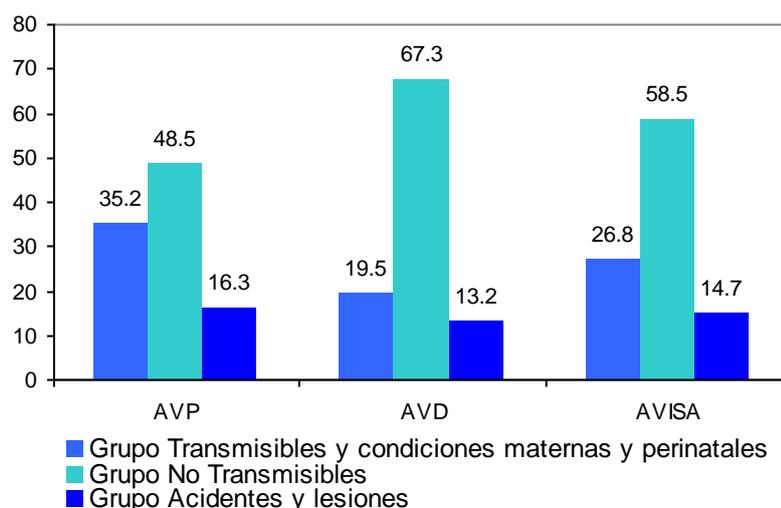
Coincidentemente el Perú ha realizado el estudio nacional de carga de enfermedad en el Perú²⁹ y ha determinado los AVISA de cada grupo diagnóstico que afecta a nuestro país.

En este estudio se ha estimado que el año 2004 en el Perú se han perdido 5,052,866 años saludables (AVISA) por enfermedades y lesiones. La razón de los AVISA calculado en el presente estudio fue de 183.4 por mil habitantes.

En el reporte se muestra que el 52.6% (2'657,513 AVISA) de la carga afecta a los hombres y el 47.4% (2'395,354 AVISA) a las mujeres. Así, la carga de enfermedad es mayor en los hombres (191.8 AVISA por mil varones) que en las mujeres (174.9 AVISA por mil mujeres).

La mayor carga de enfermedad se atribuye a las enfermedades no transmisibles (58.5%) y en segundo lugar a las enfermedades transmisibles, maternas y perinatales (27.6%), en tanto los accidentes y lesiones aportan el 14.7% de la carga de enfermedad (Fig. 2).

Fig. 2. Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (AVP), Años de Vida Perdidos por Discapacidad (AVD) y Años Saludables Perdidos (AVISA) en el Perú por grupos de enfermedades



²⁹ Velasquez A, y col. (2009). Carga de Enfermedad y Lesiones en el Perú con datos nacionales de morbilidad y mortalidad. MINSA/USAID (en prensa)

El perfil epidemiológico de la carga de enfermedad es diferente entre los hombres y las mujeres. Los hombres son más afectados por enfermedades del grupo III (accidentes y lesiones) y las mujeres más por enfermedades transmisibles, maternas y perinatales y por las enfermedades no transmisibles. Los hombres tienen 2 veces más carga de morbilidad por enfermedades externas que las mujeres.

Las seis primeras causas de carga de enfermedad son enfermedades no transmisibles que suman 3 millones 61 mil 274 años saludables perdidos (66% de la carga de enfermedad).

En este estudio se ha confirmado que el grupo de daños que tienen mayor carga de enfermedad son las enfermedades neuro-psiquiátricas de 21 grupos de daños. Con datos nacionales de mortalidad y morbilidad se han estimado que estas enfermedades producen 826,253 AVISA que representan el 16% de todos los AVISA y 28% de todos los AVISA de las enfermedades no transmisibles. Este grupo de enfermedades tiene mayor carga de enfermedad debida a los AVD (88% del total de AVISA) porque son enfermedades crónicas con mayor duración de la enfermedad y porque producen mayor discapacidad.

El segundo grupo de daños con mayor carga de enfermedad son las lesiones no intencionales que incluyen principalmente los accidentes de tránsito y las caídas. Estas lesiones contribuyen con 667,130 AVISA, es decir el 13% del total de AVISA. La mitad de la carga de enfermedad de estos daños se debe a los AVD y la otra mitad a los AVP, debido a que producen tanto mortalidad como discapacidad.

El tercer grupo de daños con mayor carga de enfermedad son las condiciones perinatales, en el país por esta causa se han perdido 491,336 AVISA que representan el 10% de la carga de enfermedad. Esta causa de morbilidad es elevada debida a la alta incidencia de estas enfermedades y a la gran pérdida de años de vida perdidos por muerte prematura. Los AVP suman 295,812, que representa el 60% de los AVISA de este grupo de enfermedad.

Las enfermedades cardiovasculares ocupan el cuarto lugar de carga de enfermedad en el país. Por esta causa se han perdido 390,121 AVISA, es decir el 8% del total de AVISA y 13% de los AVISA de este grupo de enfermedad. En nuestro país estas enfermedades se caracterizan por producir mayor mortalidad, en consecuencia tienen mayor carga de enfermedad por AVP (58% del total de AVISA de esta causa de enfermedad).

En quinto grupo de daños con mayor carga son los tumores malignos. Durante el año 2004 se han perdido 378,050 años saludables por el cáncer, o sea el 7% de la carga de morbilidad. En el Perú el 82% de los AVISA de este grupo de enfermedad se deben a los AVP, debido a que producen alta mortalidad y tienen un periodo relativamente corto de sobre vivencia.

En el sexto lugar de la carga de morbilidad se encuentra el grupo de las enfermedades osteomusculares que tienen alta incidencia y producen discapacidad. Durante el año 2004 se han perdido 308,804 AVISA que representan el 6% de la carga de enfermedad. El 98% de los AVISA de este grupo de enfermedades se atribuye a los años de vida perdidos por discapacidad (AVD), dado que son enfermedades que no son causa directa de muerte.

En orden de magnitud según los AVISA, después de los seis primeros grupos de carga de enfermedad se encuentran las deficiencias nutricionales (séptimo lugar), las infecciones respiratorias (octavo lugar), las enfermedades infecciosas y parasitarias

(noveno lugar). Estas causas de enfermedad forman parte del grupo I que suman 785,625 AVISA y representan el 16% de la carga de enfermedad. Las enfermedades transmisibles y las infecciones respiratorias suman 519,573 AVISA (10% de la carga de enfermedad). Estas enfermedades producen mayor mortalidad que discapacidad, así las infecciones respiratorias producen 93% de AVP de la carga atribuida a esta causa de enfermedad y las enfermedades infecciosas y parasitarias producen 86% de AVP.

Se destaca la elevada carga de morbilidad por enfermedades nutricionales que afecta a los niños menores de 5 años (266,052 AVISA). El 5% de la carga de enfermedad en el Perú se debe a la desnutrición infantil. Esto se explica por la elevada prevalencia de esta enfermedad (24%)³⁰, y por la prolongada duración de sus secuelas (83% de los AVISA se debe a AVD).

Los grupos de enfermedades que mayor carga de enfermedad producen en los menores de 5 años

En este grupo de edad la mayor carga de enfermedad se debe a las condiciones perinatales que son causa de 491,962 AVISA (40% de los AVISA de este grupo de edad), seguido de las deficiencias nutricionales (244,132 AVISA), las infecciones respiratorias (119,504 AVISA) y las infecciosas y parasitarias (81,499 AVISA). Todas estas causas pertenecen al grupo I de la carga de enfermedad que suman 1 millón 42 mil AVISA (82% de la carga de enfermedad de los menores de 5 años). La carga de enfermedad de este grupo se debe más a muertes precoces, a excepción de la malnutrición que tiene mayor carga por discapacidad (91% de los AVISA de la malnutrición se deben a los AVD).

Los grupos de enfermedades que mayor carga de enfermedad producen en el grupo de 5 a 14 años de edad

La carga de enfermedad en el grupo de 5 a 14 años de edad es marcadamente menor que en el resto de edades. Las primeras causas de enfermedad de este grupo son: las lesiones no intencionales (primer lugar), las enfermedades infecciosas y parasitarias (segundo lugar), las enfermedades neuropsiquiátricas (tercer lugar), las enfermedades del aparato respiratorio (cuarto lugar) y las infecciones respiratorias (quinto lugar). Estas primeras cinco categorías de enfermedad suman 209,159 AVISA y representan al 70% de la carga de enfermedad de este grupo de edad.

Los grupos de enfermedades que mayor carga de enfermedad producen en el grupo de 15 a 44 años de edad

Las principales causas de morbilidad en este grupo son las enfermedades neuropsiquiátricas (primer lugar y 504,710 AVISA), las lesiones no intencionales (segundo lugar y 390,705 AVISA), los tumores malignos (tercer lugar y 119,314 AVISA), enfermedades osteomusculares (cuarto lugar y 113,244 AVISA), las enfermedades cardiovasculares (113,057 AVISA), las enfermedades del aparato respiratorio (86.782 AVISA) y las condiciones maternas (86,782 AVISA).

Los grupos de enfermedades que mayor carga de enfermedad producen en el grupo de 45 a 59 años de edad

En el grupo de 45 a 59 años se observa que las enfermedades no transmisibles son las responsables de la mayor carga de enfermedad en este grupo: Las enfermedades

³⁰ INEI. (2007) Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar 2004-06. Lima: Instituto Nacional de estadística e Informática, Macro Inc.

neuro-psiquiátricas (164804 AVISA), las osteomusculares (109804 AVISA), los tumores malignos (109432 AVISA), las enfermedades cardiovasculares (109,189 AVISA), la diabetes (74770) y las enfermedades del aparato digestivo (62320 AVISA). Todas estas causas suman 685,687 AVISA a predominio de AVD (representan al 76% del total de carga de enfermedad de este grupo de edad).

Los grupos de enfermedades que mayor carga de enfermedad producen en el grupo de 60 o más años de edad

Las primeras causas de carga de enfermedad lo ocupan las enfermedades crónicas: enfermedades cardiovasculares en primer lugar con 147,769 AVISA, los tumores malignos con 125,341 AVISA, y las enfermedades neuropsiquiátricas con 99,352 AVISA. Las enfermedades cardiovasculares y los cánceres producen mayor carga por mortalidad. Así, en las enfermedades cardiovasculares el 64% de los AVISA se deben a los AVP y en el cáncer el 84% de los AVISA se deben a los AVP.

Las primeras causas de carga de enfermedad

Los primeros 50 diagnósticos de este estudio son causa del 72% de los años de vida saludables perdidos (3,624,985 AVISA). En estas primeras causas predominan las enfermedades no transmisibles con 30 diagnósticos, le siguen en importancia las enfermedades infecciosas, perinatales y maternas con 14 diagnósticos, y finalmente las lesiones con 6 diagnósticos. Los diagnósticos con mayor carga de enfermedad son las que producen mayor muerte prematura y/o tienen mayor incidencia, mayor duración de la enfermedad y mayor discapacidad. Se destacan las diez primeras causas: la primera causa son los accidentes de tránsito, segunda causa las neumonías, tercera el abuso de alcohol, cuarta el bajo peso al nacer, quinta la depresión, sexta la desnutrición crónica infantil, séptima la artrosis, octava la anoxia neonatal, novena la diabetes mellitus y décima los accidentes cerebro vasculares (Fig. 3).

Las primeras causas de enfermedad se explican por la coexistencia de enfermedades ligadas a la pobreza, como el bajo peso al nacer, el abuso de alcohol, la desnutrición y la neumonía, con enfermedades ligadas a la mayor esperanza de vida y a la urbanidad como son los accidentes de tránsito, la depresión, la osteoartritis, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. Se puede decir que en el Perú existe una triple carga de enfermedad, es decir que el país está expuesto a enfermedades infecciosas, nutricionales, crónica degenerativas y lesiones por accidentes de tránsito. En consecuencia, el sistema de salud deberá responder en la misma medida a este tipo de enfermedades.

En estas primeras 50 subcategorías el grupo con más carga de enfermedad son las enfermedades psiquiátricas (12% del total de AVISA): abuso de alcohol y dependencia, depresión, esquizofrenia, adicción a drogas, ataques de pánico, trastorno de estrés postraumático y adicción a drogas. Le siguen en importancia las lesiones no intencionales, tales como, los accidentes de tránsito, las caídas, los ahogamientos, quemaduras y envenenamientos y que causan el 9% de la carga total.

Otro grupo importante en estas primeras 50 causas de carga de enfermedad son las enfermedades infecciosas, aquí las neumonías, tuberculosis, infecciones respiratorias agudas superiores, diarrea, bartonelosis y SIDA representan el 8% del total de carga de enfermedad. Con esta misma magnitud de importancia se encuentran las afecciones perinatales: bajo peso al nacer, la asfixia neonatal y la sepsis neonatal, que son responsables del 8% de la carga de enfermedad.

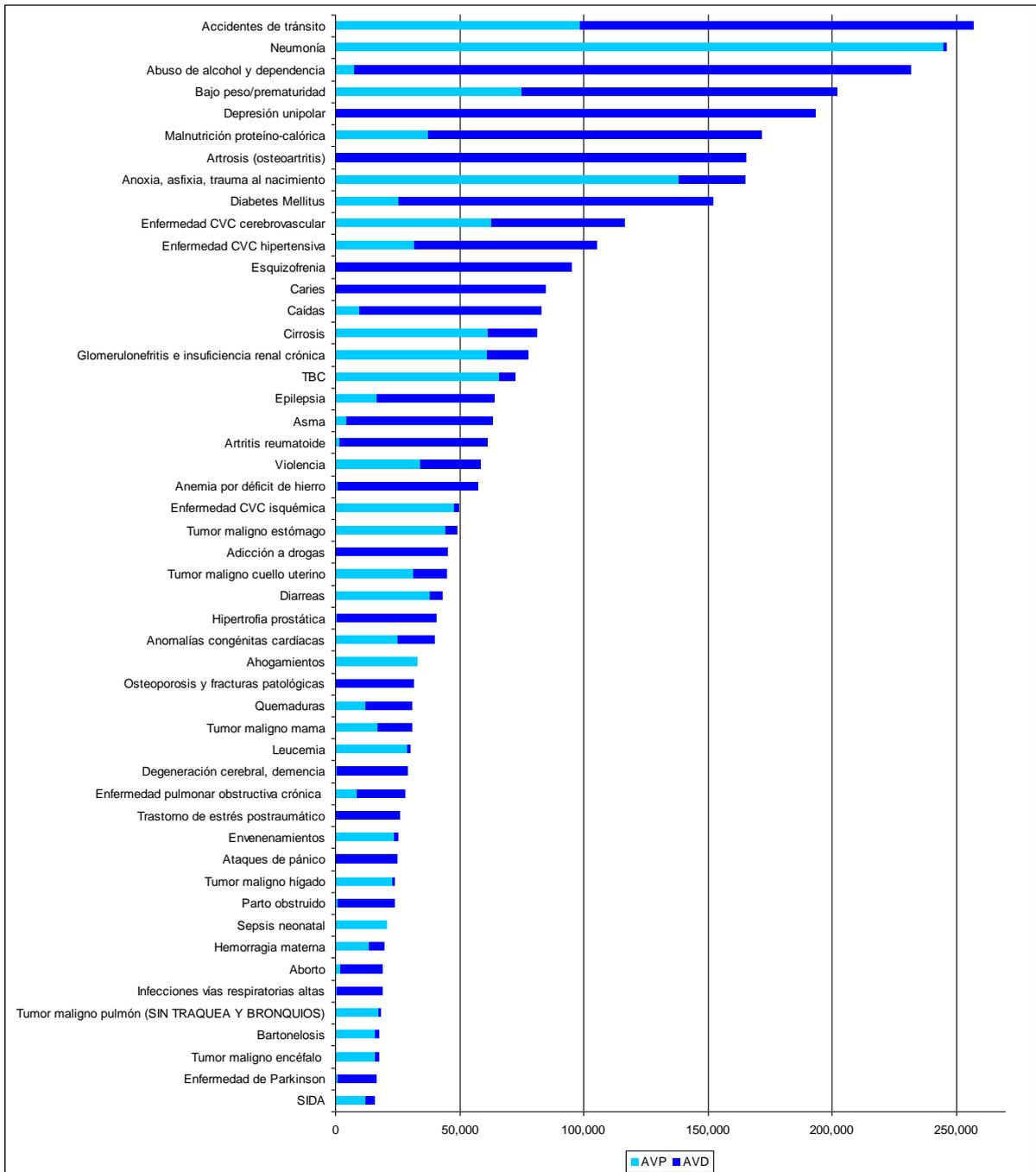
Las enfermedades crónicas como las cardiovasculares: la enfermedad cerebrovascular, hipertensiva e isquémica son causa del 5% del total de AVISA; del mismo modo lo son las enfermedades ostoarticulares: artrosis, artritis reumatoide y la osteoporosis y fracturas patológicas que son responsables del 5% de la carga de enfermedad.

Aquí se resaltan las afecciones nutricionales que afectan principalmente a los más pobres. La desnutrición crónica y la anemia ferropénica son causa del 5% de la carga de enfermedad.

Los tumores que están en las primeras 50 causas representan el 4% de los AVISA totales y son: los tumores malignos de encéfalo, pulmón, hígado, mama, cuello uterino, estómago y leucemias.

Finalmente se destacan en el grupo de las no transmisibles la diabetes, las enfermedades génitourinarias (hipertrofia benigna de próstata y la glomerulonefritis/ insuficiencia renal crónica), enfermedades neurológicas (epilepsia, demencia y parkinson), enfermedades respiratorias (enfermedad obstructiva pulmonar crónica y asma), la caries, la cirrosis, afecciones maternas (parto obstruido, hemorragia materna y aborto) y la violencia.

Fig. 3. Perú: 50 primeras causas de carga de enfermedad ordenadas según AVISA (AVP+AVD), 2004



En conclusión, mediante los AVISA se pueden establecer prioridades que orienten las intervenciones del sistema de salud para mejorar la calidad de vida y no solo para reducir la mortalidad. Si se desarrollan medidas efectivas para atender principalmente estas 50 causas de carga de enfermedad se podrían aliviar más del 70% de la carga de enfermedad. Para las enfermedades no transmisibles el país necesita desarrollar capacidades y mejorar la capacidad resolutoria para implementar programas preventivos promocionales, vigilar los riesgos, hacer diagnósticos precoces y manejar clínicamente todos estos casos. En el caso de las lesiones no intencionales se necesita desarrollar políticas multisectoriales y programas preventivo-promocionales que ayuden a prevenir y evitar los accidentes de tránsito principalmente. El manejo clínico adecuado de las lesiones es imprescindible para evitar las secuelas con discapacidad. Existe mayor apremio en las áreas rurales y distritos pobres porque también son afectadas por las enfermedades crónica-

degenerativas y por lesiones debido a los accidentes de tránsito, y porque hasta ahora solo han recibido atención primaria de salud para atender enfermedades infecciosas, maternas e infantiles.

Análisis de necesidades de investigación para reducir la carga de enfermedad en el Perú

Se aplicó la matriz de análisis de necesidades de investigación para cada prioridad de salud del PNCS-MINSA y los resultados resumidos se muestra en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Tipo de investigaciones necesarias para alcanzar los objetivos sanitarios del Plan Nacional Concertado de Salud

Tipo de investigaciones necesarias para alcanzar los objetivos del PNCS	Justificación	Objetivos sanitarios del PNCS con mayor carga de enfermedad
Investigaciones para conocer más la enfermedad y los factores de riesgo	No se conoce bien la enfermedad y/o los factores de riesgo y determinantes de la persistencia de la carga de enfermedad	Diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades mentales, accidentes de tránsito
Evaluaciones de impacto de intervenciones nuevas	Las intervenciones actuales son inefectivas o no existen en el país/	Diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades mentales, accidentes de tránsito
Evaluaciones de impacto de intervenciones actuales	La enfermedad persiste y no se conoce el impacto ni la efectividad de las intervenciones actualmente implementadas	Nutrición, muerte materna, muerte infantil, muerte perinatal, enfermedades transmisibles
Evaluaciones de costo-efectividad de intervenciones	Existe más de una intervención o se hacen intervenciones costosas o inefectivas	Todos
Investigaciones operativas	Existen intervenciones efectivas pero existen problemas en su implementación	Cáncer, muerte materna, malaria, muerte infantil, tuberculosis, malaria, dengue, VIH/SIDA
Investigaciones para sustentar inversiones en investigación en salud y para medir el impacto y costo beneficio de las investigaciones en la salud	No existe financiamiento para la investigación en salud pública	Diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades mentales, accidentes de tránsito

Identificando la agenda de investigación para las prioridades regionales

Día y hora

Día 1, 10:40 a 1:00 p.m.

Objetivos

- Los participantes identifican a los temas clave de investigación asociadas a las prioridades sanitarias respondiendo a las preguntas de la metodología propuesta.

Descripción de la actividad

1. Conformación de 5 grupos de trabajo (uno por prioridad sanitaria. El número de grupos puede variar según cantidad de prioridades y participantes) (10 minutos)
2. Breve presentación de prioridades sanitarias regionales (10 minutos)
3. Presentación de matriz de trabajo conteniendo las prioridades sanitarias regionales(5 minutos)
4. Presentación de matrices de análisis (las preguntas). (10 minutos)
5. Debate grupal y llenado de matrices. (2.10 horas)

Matriz de tipos de investigación posibles para abordar las prioridades sanitarias

Tipos de investigación	Definición/alcance
1. Investigaciones para conocer más la enfermedad y los factores de riesgo	Investigaciones epidemiológicas o investigaciones observacionales
2. Evaluaciones de impacto de intervenciones nuevas	Investigaciones que miden la atribución del programa o de las intervenciones nuevas. Investigaciones que buscan nuevas formas para atender las prioridades
3. Evaluaciones de impacto de intervenciones actuales	Investigaciones que miden la atribución del programa o de las intervenciones existentes
4. Evaluaciones de costo-efectividad de intervenciones	Investigaciones que buscan mejorar la eficiencia de las intervenciones y que comparan el costo/resultado de más de intervención
5. Investigaciones operativas	Investigaciones que buscan mejoras en la implementación de las intervenciones
6. Investigaciones para sustentar inversiones en investigación en salud y para medir el impacto y costo beneficio de las investigaciones en la salud	Buscan probar la importancia de la investigación, aportando evidencias sobre su utilidad.

Fórmula para obtener una opción de prioridad

Formula para OPIS



$$TI + PS = OPIS$$

Matriz prioridades sanitarias y pregunta para la agenda de investigación

Prioridad	
Objetivos asociados	
¿Qué tipo de investigaciones son necesarias para lograr los objetivos sanitarios definidos en base a las prioridades de salud?	Justificación/sustentación
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

SESIÓN 4

Conociendo y aportando a los criterios de definición de prioridades de investigación

Día y hora

Día 1, 3:30 a 4:30 p.m.

Objetivos

- Los participantes analizan los criterios de definición de prioridades de investigación y realizan aportes a los mismos.
- Los participantes confirman o priorizan los criterios para la definición de las prioridades regionales de investigación.

Descripción de la actividad

1. Presentación de los criterios (10 minutos).
2. Debate grupal sobre criterios y llenado de fichas (30 minutos)
3. Plenaria de acuerdos: qué criterios se seleccionan o confirman. Cada grupo pega su papelote con los criterios seleccionados. Se ven coincidencias y se adopta una determinación. (20 minutos)

Matriz de criterios

Criterios propuestos	Comentarios - aportes
1. Severidad (grado de incapacidad) y magnitud del problema (número de personas afectadas). Se propone la necesidad de asignar recursos a los problemas considerados de mayor carga global de enfermedad.	
2. Costo-efectividad de las intervenciones investigadas (beneficios estimados devengados a la sociedad tanto al total de los resultados de la investigación como los comparados a sus costos estimados). Donde los beneficios son medidos en términos de AVISAS ganados o salvados.	
3. Efecto en la equidad (probabilidad de impacto de la investigación en los segmentos más pobres de la población). Desde que los costos son normalmente más bajos para salvar una año de vida saludable para una persona pobre (por ej: uso de antibióticos, rehidratación oral, vacunas) tenga acceso a esos instrumentos, hay una orientación hacia la equidad.	
4. Aceptabilidad ética: Esto es parte de los cálculos de costo-efectividad (cómo hacer efectivas futuras intervenciones?) con el fin de determinar intervenciones más costo-efectivos	
5. Calidad científica de las investigaciones propuestas. Aquellas que puedan proporcionar un nivel de evidencia se A o B (Según los criterios de Cochrane)	
6. Factibilidad de la investigación propuesta (disponibilidad de recursos humanos necesarios, financiamiento y servicios)	
7. Impacto sobre el fortalecimiento de la capacidad de la investigación propuesta	
8. Otros criterios	SUSTENTACIÓN

SESION 5

Elección de representantes regionales al Foro de definición de prioridades nacionales de investigación en salud

Día y Hora

Día 1, 4:30-5:45 p.m.

Objetivos

- Los participantes eligen democráticamente a sus X de acuerdo a cuota asignada según criterios de población y pobreza.

Actividades

1. Presentación de las reglas de juego de la elección.
2. Presentación de propuestas y dialogo.
3. Elección de representantes.
4. Suscripción de Acta.

Matriz de distribución de cuota de participantes por regiones

Departamento	Población 2007 1/	(a) Proporción de distritos Q1 2/	Factor de ajuste (a)/promedio	Proporción ajustada	Representantes	Representantes a la mitad	Representantes con mínimo=10 y máximo=25
Amazonas	375,993	0.01	0.81	1.2%	12	6	10
Áncash	1,063,459	0.04	2.29	9.3%	93	47	25
Apurímac	404,190	0.04	2.35	3.6%	36	18	20
Arequipa	1,152,303	0.01	0.54	2.4%	24	12	10
Ayacucho	612,489	0.04	2.35	5.5%	55	28	20
Cajamarca	1,387,809	0.05	2.71	14.4%	144	72	20
Prov. Const. del Callao	876,877	0.00	0.00	0.0%	0	0	10
Cusco	1,171,403	0.04	2.14	9.6%	96	48	20
Huancavelica	454,797	0.04	2.35	4.1%	41	20	20
Huánuco	762,223	0.04	2.02	5.9%	59	29	20
Ica	711,932	0.00	0.09	0.2%	2	1	10
Junín	1,232,611	0.01	0.81	3.8%	38	19	18
La Libertad	1,617,050	0.02	1.32	8.2%	82	41	25
Lambayeque	1,112,868	0.00	0.12	0.5%	5	3	10
Lima	8,445,211	0.01	0.39	12.6%	126	63	10
Lima Metropolitana 3/	7,605,742				103	52	110
Lima Provincias	839,469				23	12	20
Loreto	891,732	0.02	1.20	4.1%	41	21	20
Madre de Dios	109,555	0.00	0.09	0.0%	0	0	10
Moquegua	161,533	0.00	0.00	0.0%	0	0	10
Pasco	280,449	0.01	0.30	0.3%	3	2	10
Piura	1,676,315	0.01	0.75	4.8%	48	24	24
Puno	1,268,441	0.03	1.47	7.2%	72	36	18
San Martín	728,808	0.01	0.63	1.8%	18	9	10
Tacna	288,781	0.00	0.00	0.0%	0	0	10
Tumbes	200,306	0.00	0.00	0.0%	0	0	10
Ucayali	432,159	0.00	0.27	0.4%	4	2	10
Promedio		0.02					
Totales	27,419,294	0.45		100.0%	1126	563	500

1/ Fuente: Censo de Población y Vivienda del 2007 - INEI

2/ Mapa de pobreza de FONCODES, 2007

3/ Comprende el departamento de Lima, excepto Lima Provincia y la Provincia Constitucional del Callao.

Reglas propuestas para la elección de representantes

1. En la cuota regional debe establecerse una proporcionalidad para tener representantes del gobierno regional, de la DIRESA específicamente, de las universidades y de la sociedad civil en general.
2. El perfil o criterios para elegir los representantes: (i) conocimiento o vinculación más directa con los temas de investigación y/o conocimiento técnico de las prioridades sanitarias, (ii) relación con la actividad de la investigación, sea como investigador o como gestor de políticas de investigaciones.
3. De acuerdo a cada segmento establecido en el punto 1 previamente al taller por los organizadores, se procederá a recibir la propuesta de candidatos y asignarles un número.
4. Una vez confeccionada la lista se procederá a una votación simple con balotas en blanco donde cada participante marcará el número de su preferencia según cada segmento. La votación se organiza por grupos según los segmentos.
5. Ganan quienes obtienen mayoría simple en su segmento.

INTERFASE 2

Actividades de seguimiento y preparación del taller 2

- 1. Monitorear la convocatoria realizada por la Secretaría Técnica del CRS**
- 2. Reproducir los materiales de trabajo (guía metodológica, presentaciones)**
- 4. Gestión de recursos comprometidos para la realización de los talleres regionales**

c. Paso 3

Segundo taller: prioridades regionales de investigación en salud

Objetivos

1. Los participantes eligen las prioridades regionales de investigación en salud sobre la base agenda de investigación asociados a sus prioridades sanitarias regionales.

Productos / resultados

- Matriz de 5 prioridades regionales de investigación

Prioridades de investigación	Justificación	Prioridades/objetivos sanitarios asociados
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Organizadores

Gobierno Regional - DIRESA - Consejo Regional de Salud

Auspicia: Ministerio de Salud - Instituto Nacional de Salud

Participantes

1. Gerencias Regionales
2. Gerencia de Desarrollo Social
3. Dirección Regional de Salud - equipo de gestión, directores y jefes.
4. Instituciones integrantes de Consejo Regional de Salud
5. Otras organizaciones de la sociedad civil que no tengan representación directa en el CRS.

Aproximadamente: 40 personas

Materiales

- Guía del taller
- Matriz de opciones de prioridades de investigación
- Matriz de trabajo para la justificación de las prioridades

Programa

Tiempo	Contenidos	Metodología general/Responsables
8:30 - 9:00 a.m.	Registro e inscripción de participantes	Equipo de registro
9:00 - 9:15 a.m.	Inauguración del evento	Gobierno Regional
9:15 - 9:25 a.m.	Sesión 1 Presentación de objetivos, metodología y programa del taller	Facilitador General
9:25 - 10:25 a.m.	Sesión 2 Ronda de deliberaciones sobre opciones de prioridad <ul style="list-style-type: none"> ▪ Presentación del listado de opciones de prioridad ▪ Plenaria general de ideas fuerza o principales conclusiones del debate de los grupo 	Trabajo de 5 grupos (todos los grupos trabajan sobre el mismo listado)
10:25 - 10:45 a.m.	Sesión 3 Ronda de votación: las prioridades regionales de investigación <ul style="list-style-type: none"> • Votación (en base a cédula, no requiere software especial, solo hoja de cálculo) • Escrutinio • Presentación de resultados 	Votación individual mediante cédula de votación
10:45 - 11:00 a.m.	Refrigerio	
11:30 - 1:15 p.m.	Sesión 4 Justificación de prioridades de investigación <ul style="list-style-type: none"> • Presentación de matriz de trabajo • Trabajo de grupos por prioridad de investigación (5 grupos -uno por prioridad) • Plenaria general - aportes finales 	Trabajos de grupos Presentación Facilitador Diálogo y llenado de matriz de trabajo
1:15 - 1:30 p.m.	Sesión de cierre y conclusiones	Presentación Presidente del CRS

SESIÓN 1

Presentación del taller

Día y Hora

Día 1, 9:15 a 9:25 a.m.

Objetivos

- Los participantes conocen y comparten los objetivos y productos esperados del taller de trabajo.
- Conocen y comprenden la secuencia y la lógica del programa y la metodología a seguir.

Descripción de la actividad

1. Presentación de objetivos, programa y metodología.
2. Precisiones y aclaraciones.

SESIÓN 2

Ronda de deliberaciones sobre opciones de prioridad

Día y hora

Día 1, 9:25 a 10:25 a.m.

Objetivos

- Los participantes analizan y deliberan sobre las mejores opciones de prioridad de investigación regional.

Descripción de la actividad

1. Conformación de 5 grupos de trabajo (5 minutos)
2. Debate grupal sobre las opciones de prioridad según listado confeccionado en taller 1 (40 minutos)
3. Plenaria de presentación del estado del debate en los grupos: temas más saltantes, ideas fuerza, principales argumentos (ojo: no hay una decisión grupal, sólo deliberación) (15 minutos)

SESIÓN 3

Ronda de votación: las prioridades regionales de investigación

Día y hora

Día 1, 10:45 a 1:15 p.m.

Objetivos

- Los participantes deciden democráticamente las 3, 4 o 5 (según la decisión del Gobierno Regional/DIRESA/CRS) prioridades regionales de investigación asociadas a sus prioridades sanitarias.

Descripción de la actividad

1. Votación. Cada participante recibe una cédula de votación donde figuran las opciones y los espacios para marcar las 3 opciones de su preferencia.(5 minutos)
2. Escrutinio. El comité organizador recibe las cédulas y procede a realizar el escrutinio delante del pleno. (10 minutos)
3. Presentación de resultados (5 minutos)

OPCIONES PARA ELECCIÓN DE PRIORIDADES

Opcion	Ventaja	Desventaja	Metodología a seguir
Definición de una prioridad de investigación por cada prioridad sanitaria. El número de prioridades de investigación es igual al número de prioridades sanitarias.	Todas las prioridades sanitarias tienen una prioridad de investigación. Todas las prioridades sanitarias son cubiertas de alguna forma.	Se puede dejar alguna prioridad de investigación clave o estratégica.	El grupo de trabajo por prioridad elige su prioridad de investigación. Cada participante un voto, aunque el resultado sea grupal.
Definición de X prioridad de investigación del listado general	Todas las necesidades de investigación compiten por igual y se eligen las estratégicas independientemente de cubrir todas las prioridades sanitarias	Se deja alguna prioridad sanitaria sin prioridad de investigación.	Los grupos de trabajo que se conforman deben combinar expertos de todas las prioridades. La cédula de votación es con todas las opciones. Cada participante es un elector.

Modelo de cédula de votación

¿Cuáles considera deben ser las 3 prioridades regionales de investigación en salud que reciban la atención preferente de los recursos económicos, técnicos e institucionales para los próximos 5 años en la región XX?

Marque con una X o + solo 3 opciones de su preferencia

Prioridad 1:	
1. Investigaciones para conocer más la enfermedad y los factores de riesgo	
2. Evaluaciones de impacto de intervenciones nuevas	
3. Evaluaciones de impacto de intervenciones actuales	
Prioridad 2:	
4. Evaluaciones de costo-efectividad de intervenciones	
5. Investigaciones operativas	
6. Investigaciones para sustentar inversiones en investigación en salud y para medir el impacto y costo beneficio de las investigaciones en la salud	
Prioridad 3:	
7. Investigaciones operativas	
8. Investigaciones para sustentar inversiones en investigación en salud y para medir el impacto y costo beneficio de las investigaciones en la salud	
9. Investigaciones para conocer más la enfermedad y los factores de riesgo	
Prioridad 4:	
10. Evaluaciones de impacto de intervenciones nuevas	
11. Evaluaciones de impacto de intervenciones actuales	
12. Evaluaciones de costo-efectividad de intervenciones	
Prioridad 5:	
13. Evaluaciones de costo-efectividad de intervenciones	
14. Investigaciones operativas	
15. Investigaciones para sustentar inversiones en investigación en salud y para medir el impacto y costo beneficio de las investigaciones en la salud	

SESIÓN 4

Justificación de prioridades de investigación

Día y hora

Día 1, 11:30 a 1:15 p.m.

Objetivos

- Los participantes analizan sus prioridades de investigación y sistematizan las justificaciones de las mismas basados en la deliberación previa a la votación.

Descripción de la actividad

1. Presentación de la matriz de trabajo
2. Trabajo grupal por cada prioridad de investigación
3. Plenaria general - para recibir aportes finales

Matriz de trabajo con prioridades definidas

Prioridades de investigación	Justificación	Prioridades/objetivos sanitarios asociados (ejemplos)
1.		
2.		
3.		

IV. Del facilitador

a. Rol

"Si se interroga a los hombres, haciendo bien las preguntas, estos descubrirán por si mismos la verdad de las cosas." Platón

1. Proporcionar asistencia técnica a los equipos regionales para la organización y facilitación de los espacios de deliberación y decisión regional sobre las prioridades regionales y las propuestas para el Foro Nacional.
2. Co-facilitar las reuniones o talleres regionales

b. Perfil

- Capacidad de escucha y promoción el dialogo
- Capacidad para de análisis y síntesis
- Capacidad para despertar y conservar la atención del grupo
- Capacidad para establecer buenas relaciones interpersonales
- Capacidad para integrar a los participantes y orientarlos al logro de objetivos
- Habilidad para manejar situaciones conflictivas

c. Recomendaciones

(Tomado de www.cedemuncolima.gob.mx/mostrar_doc.php?id=29)

- 1) Iniciar puntualmente las sesiones.
- 2) Cuidar que su presentación personal sea correcta, poner especial atención en la limpieza y pulcritud personales.
- 3) Mantener una actitud de respeto para con los participantes.
- 4) Evitar actitudes de superioridad.
- 5) Orientar y convencer; nunca imponer, ya que su actitud es la de dirigir. Procurar que no se mezclen con el trabajo problemas y preocupaciones personales.
- 6) Dirigir la atención y la mirada a todos los participantes, evite centrarse en un sólo o en una cierta región del grupo.
- 7) Dirigirse a los participantes por su nombre.
- 8) Brindar a todos los participantes la misma oportunidad de intervenir.
- 9) Conservar el dominio de la situación, no permitiendo que dificultades imprevistas (descompostura de un aparato, interrupciones por personas extrañas, etc.) le hagan perder seguridad en sí mismo.
- 10) No alterarse, cuando una situación irrita o impacienta es más difícil resolverla. Hay que afrontar todo con calma y serenidad.
- 11) Colocarse siempre en un lugar visible para todos los participantes.
- 12) Mantenerse de pie, en posición natural, evitando permanecer sentado o recargado.
- 13) Evitar los extremos en el uso de ademanes y gestos, no abusar de ellos, pero tampoco permanecer inmóvil y rígido.
- 14) Usar un tono de voz natural que todos puedan oír claramente.
- 15) Usar oportuna y correctamente los materiales didácticos.

V. Equipos de trabajo por regiones

Insertar....

VI. Directorio de contactos / contrapartes

Insertar...