

**RED COLOMBIANA DE
INVESTIGACIÓN
EN POLÍTICAS Y
SISTEMAS DE SALUD**
LOGROS Y LIMITACIONES A JULIO DE 2007



Sistematización de las experiencias en desarrollo de políticas de investigación en salud pública de la Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud
Sistematización de las experiencias en desarrollo de políticas de investigación en salud pública de la Red
Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud.
Washington, D.C: OPS, © 2007.

ISBN 978 92 75 32845 3

I. Título

1. POLÍTICA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
2. GRUPOS DE INVESTIGACIÓN
3. APOYO A LA INVESTIGACIÓN
4. COLOMBIA

NLM WA 20.5

**Colombia,
Agosto, 2007**

La versión electrónica de este documento está disponible en el sitio electrónico *Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe* y puede accederse a www.lachealthsys.org. Para cualquier consulta con respecto a este documento, sírvase contactar con info@lachealthsys.org.

Esta publicación fue producida por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y fue posible a través del apoyo prestado por la Oficina de Desarrollo Regional Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), según lo establecido en el Convenio No. LAC-G-00-04-00002-00. Las opiniones expresadas en esta publicación son aquellas del autor y no necesariamente reflejan los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Este documento puede reproducirse y/o traducirse, en parte o en su totalidad, sólo si se usa sin fines comerciales.

**Sistematización de las experiencias en desarrollo de
políticas de investigación en salud pública de la Red
Colombiana de Investigación en Políticas
y Sistemas de Salud**

AGRADECIMIENTOS

Este documento fue elaborado por Rubén Darío Gómez Arias. La responsabilidad por la revisión final y edición correspondió al Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud (HSS), a través de la Unidad de Desarrollo de Políticas de Salud (HP) de la OPS/OMS.

Los puntos de vista expresados en este documento no representan necesariamente las opiniones de los individuos mencionados aquí o sus instituciones afiliadas.

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	5
2	CONFORMACION DE LA RED	5
3	MECANISMOS DE ORGANIZACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y COMUNICACIÓN	7
4	DESARROLLO DE LA RED	8
5	EXPERIENCIAS DE LOS NODOS	22
5.1	NODO DEL EJE CAFETERO.....	22
5.2	NODO DE ANTIOQUIA.....	23
5.3	NODO BOGOTA.....	27
6	CONCLUSIONES	28
7	ANEXO 1 - LINEAMIENTOS DE POLÍTICA NACIONAL PARA LA GESTION DEL CONOCIMIENTO EN SALUD PUBLICA	30

1 INTRODUCCIÓN

Aunque la idea de trabajar en red ha venido ganando espacio en la literatura y en los ámbitos técnicos y científicos, su puesta en práctica representa un reto para investigadores e instituciones no sólo porque implica una ruptura frente a varios paradigmas que se imponen al trabajo científico, sino también porque suscita múltiples expectativas y temores frente a los resultados obtenidos y la sostenibilidad del proceso.

Este documento describe la experiencia adelantada por la Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud resaltando sus principales logros, alcances y dificultades desde sus orígenes hasta Julio de 2007. La información ha sido suministrada por las coordinaciones de los Nodos y los integrantes de la Red, cuya generosidad para compartir sus logros y dificultades merece un especial agradecimiento; gran parte de ella se encuentra también en las actas, informes y registros que los nodos envían a la Secretaría Ejecutiva.

2 CONFORMACION DE LA RED

El 18 de marzo de 2004, la Representación en Colombia de la Organización Panamericana de la Salud, la Red Latinoamericana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud y la Asociación Colombiana de Escuelas y Facultades de Salud Pública, convocaron a varias instituciones del sector académico y los servicios de salud de diferentes regiones del país, con el fin de examinar la posibilidad de crear una *red nacional de investigación en políticas y sistemas de salud*, como existen en otras regiones de América Latina. La reunión se realizó en las instalaciones de la Universidad Nacional, en Bogotá, y contó con la presencia de 21 investigadores y directivos del sector de la salud procedentes del Distrito Capital, Medellín, Manizales, Cali, Bucaramanga y Cesar; al evento se invitaron también instituciones de otras ciudades pero algunos de sus representantes no asistieron por diversos motivos.

Inicialmente el evento se organizó para que las instituciones participantes revisaran y aprobaran los estatutos de una Red con personería jurídica y patrimonio propio, con base en una propuesta presentada por la Red Latinoamericana. Desde el momento en que comenzó la reunión los participantes reconocieron la necesidad e importancia de trabajar articuladamente en una Red y manifestaron su respaldo a la iniciativa, pero expusieron sus temores y reparos a la propuesta de organización con fundamento en estatutos, enfoque que, a juicio de varios de los presentes, enfrentaba a las instituciones con su propia normatividad y suponía la existencia de condiciones como el conocimiento mutuo, la confianza y la concertación de intereses comunes; en el sentir del grupo, estas condiciones constituyen la esencia de las redes y debían fortalecerse antes de pensar en una estructura formal. En lugar de agruparse alrededor de un modelo estatutario, el grupo acordó identificar los intereses y expectativas comunes, y organizar la Red como un proyecto interinstitucional cooperativo, administrativamente más flexible, dirigido a dar respuesta a las necesidades de los participantes. Adicionalmente se consideró que las decisiones relacionadas con los estatutos, reglamentos y planes de acción, debían concertarse en posteriores reuniones con participación más amplia de otros actores.

El **cuadro 1** presenta un resumen de las funciones que, en opinión de los participantes, debería cumplir la Red para responder a sus intereses y a las condiciones del país.

Cuadro 1. Funciones de la Red de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud

Para responder a los intereses y expectativas de los participantes, la *Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud* se propone como un proyecto interinstitucional capaz de:

- Poner en contacto a los investigadores entre sí.
- Generar espacios donde los miembros de la red puedan compartir sus experiencias.
- Contribuir a la conformación de una masa crítica que promueva y sustente debates acerca del tema.
- Cerrar la brecha entre los investigadores, los tomadores de decisiones y la gente. Poner en contacto a los investigadores con los tomadores de decisiones y fortalecer esta interacción.
- Promover el trabajo colaborativo y la articulación de las actividades y grupos que realizan investigaciones en este campo, respetando su autonomía y aprovechando sus experiencias para beneficio de los demás.
- Posicionar la investigación en la agenda política.
- Involucrar a los tomadores de decisiones en la realización y utilización de investigaciones.
- Contribuir a aclarar y desarrollar el marco conceptual de las políticas y los sistemas de salud.
- Elaborar un inventario de los grupos, personas e instituciones que adelantan investigaciones en este campo.
- Contribuir al crecimiento y desarrollo de los nodos, instituciones y personas que se integren a la red.
- Promover el compromiso de las instituciones con la investigación.
- Caracterizar las investigaciones en el tema, configurar áreas temáticas, identificar prioridades y proponer líneas de investigación.
- Propender por la sistematización de la información y la generación de bases de datos.
- Potenciar y optimizar la utilización de los recursos existentes, con base en el trabajo cooperativo, interdisciplinario e interinstitucional.
- Promover el uso compartido de recursos para la investigación.
- Promover el cabildeo por recursos para investigación.
- Promover el cabildeo ante organismos y agencias internacionales.
- Promover los programas de formación y capacitación continua de investigadores en relación con el asunto central de la red.
- Promover el acceso de los miembros de la red a fuentes de información y literatura relacionada con el tema. La disposición de datos y documentos debe hacerse de manera racional, evitando saturar a los miembros de la red con información excesiva que puede actuar como ruido.
- Contribuir a la generación de una comunidad de pares cualificados.
- Propender por la sostenibilidad de la investigación en el tema y de los grupos que la realizan.
- Realizar para la región andina un curso virtual de formación de redes.
- Fortalecer el liderazgo participativo, promoviendo la visibilidad y el reconocimiento a las instituciones participantes.
- Contribuir a la expansión progresiva de la red, ampliando permanentemente la convocatoria.

3 MECANISMOS DE ORGANIZACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y COMUNICACIÓN

De conformidad con los intereses de los participantes, la *Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud* se creó, y ha venido operando como un proyecto interinstitucional e interdisciplinario de cooperación horizontal, incluyente, y abierto tanto a instituciones estatales y privadas como a personas naturales interesadas en la investigación en salud pública. A este respecto, y con el fin de facilitar la articulación con otros movimientos similares, el grupo aceptó en principio conservar en la denominación de la Red, el énfasis en las políticas y los sistemas de salud propuesto por las agencias que convocaron la reunión de creación; sin embargo, desde la formulación del proyecto, el asunto central de la Red ha sido motivo de una sana controversia planteada por algunos de sus integrantes, quienes propenden por un objeto de conocimiento y transformación ligado directamente a la salud como necesidad, como derecho y como bien de interés público, más que a la operación de los sistemas de respuesta social.

Para facilitar el desarrollo de la Red los participantes acordaron constituirse como grupo gestor del proyecto en sus respectivos ámbitos de influencia. En tal sentido se acordó establecer nodos autónomos en las diferentes regiones, articulados por una Secretaría Ejecutiva. Según este acuerdo, cada nodo debería designar su propio coordinador y éstos a su vez designan al Secretario Ejecutivo. Al definir el proyecto, los participantes acordaron que la Red no tuviera una sede fija; sus sedes están ligadas a las respectivas instituciones donde laboran los coordinadores de nodos y el Secretario Ejecutivo. Desde sus orígenes y hasta la fecha, el proyecto no ha contado con un presupuesto estable. Durante los primeros meses de creación y articulación de los nodos, el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud a la movilidad de los delegados y a la organización de las reuniones de coordinación constituyó un factor crítico de éxito, e hizo posible que antes de seis meses se contara con cinco nodos en diferentes regiones del país.

Debido a que la Red no cuenta con fondos permanentes ni patrimonio propio, el tiempo invertido por los participantes a las actividades del proyecto es aportado por cada una de las respectivas instituciones o, en su defecto, se lleva a cabo *ad honorem*. Con excepción de un contrato establecido en 2005 con el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la tecnología (COLCIENCIAS), las actividades de la Red han sido financiadas y apoyadas por las instituciones que participan en su organización y muy frecuentemente por las mismas personas en calidad de trabajo voluntario. La escasez de recursos para el proyecto obedece, en parte, a la situación de la investigación en Colombia, donde los fondos para financiar los estudios en salud, han sido escasos y muy competidos. A ello se suma que las investigaciones en salud pública demandan la aplicación de enfoques sociales y metodologías cualitativas que no suelen ser de buen recibo para los administradores de recursos ni para los evaluadores de proyectos. Adicionalmente, el Sistema General de Seguridad Social de Colombia ha centrado el interés de los artífices de políticas en la industria del aseguramiento, y en este contexto las iniciativas relacionadas con el objeto de la Red no han constituido una prioridad para los últimos gobiernos.

Tanto en la Red como en los nodos, cuando se habla de la organización surge siempre el debate sobre la bondad de los estatutos. Aunque la experiencia ha demostrado que la articulación se ha dado alrededor de proyectos comunes y se debilita cuando éstos concluyen, cada vez es más claro que la Red no puede construirse sin el cumplimiento de formalismos mínimos, como la manifestación explícita del interés de integrarse a la Red y la inscripción en ella. En esta medida, los nodos de Antioquia y Eje Cafetero han acordado promover la inscripción formal en el nodo, aunque de manera flexible. En nodos como Suroccidente y Bogotá, los participantes han sido renuentes a establecer relaciones formales con una Red que constriña su autonomía y les imponga compromisos más allá de los que pudiera generar el interés común. La flexibilidad de la estructura ha permitido que sigan vinculadas a la Red instituciones y personas que de otra manera optarían por trabajar individualmente, y no ha sido obstáculo para que los nodos realicen actividades de cabildeo y capacitación; sin embargo la falta de relaciones formales al interior de la Red ha limitado también el desarrollo de los nodos y su capacidad para lograr sus fines y acceder a recursos.

4 DESARROLLO DE LA RED

Si se analiza retrospectivamente, el desarrollo de la Red en los tres años que lleva operando, revela momentos diferentes.

Los primeros meses se caracterizaron por el entusiasmo inicial y la organización de los nodos. Entre Marzo y Noviembre de 2004 los miembros del grupo gestor promovieron en sus respectivas zonas de influencia la conformación de los nodos y la visibilización de la Red; para ello realizaron inventarios de los principales actores involucrados en la investigación y la gestión de la salud, y los convocaron a reuniones de información y motivación, con el fin de promover la creación de nodos regionales. De conformidad con lo acordado por el equipo gestor, la convocatoria debía ser amplia y dirigida a los principales investigadores, tomadores de decisiones y demás grupos de interés de la región. Como resultado de este proceso se conformaron 5 nodos: Eje Cafetero con sede en Manizales, Caribe con sede en Cartagena, Suroccidente con sede en Cali y Antioquia con sede en Medellín. El grupo de Bogotá decidió constituirse como nodo municipal, con la idea de proyectarse posteriormente al resto de la región. Por su parte, la Secretaría Ejecutiva de la Red asumió la responsabilidad de promover la intercomunicación entre los integrantes. A este respecto elaboró un borrador de marco conceptual y funcional de la red que puso a consideración de los nodos con el propósito de facilitar la concertación y organización; elaboró y difundió el listado general de participantes captados por el grupo gestor, con sus correspondientes direcciones electrónicas; y publicó una página WEB en el servidor de la Universidad de Antioquia para difundir información relacionada con los proyectos de la Red (<http://guajiros.udea.edu.co/politicaspUBLICAS/>). En 2007 este vínculo fue acogido por el Campus Virtual de la OPS (<http://colombia.campusvirtualsp.org/>).

El 23 de Junio de 2004, con el apoyo de la OPS se realizó una segunda reunión de la Red en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional con la asistencia de 15 representantes de los nodos regionales de Bogotá/Cundinamarca, Valle del Cauca, Caldas y Risaralda y Quindío, Santander, Nariño y Antioquia. Los participantes reconocieron la falta de conocimiento y experiencia en políticas públicas, y en la organización y manejo de las redes; insistieron en la necesidad de mantener la autonomía institucional y personal, y en la importancia de incluir instituciones académicas y de servicios, tanto estatales como privadas, involucradas en la toma de decisiones y en la gestión de políticas públicas y de salud.

En esta reunión se hizo evidente que una Red existe en la medida en que haya proyectos conjuntos y que no puede operar sin recursos propios, por lo que debían concertarse objetivos comunes y buscarse fuentes de financiación que garantizaran la ejecución de proyectos cooperativos e interinstitucionales. Los participantes acordaron entonces trabajar sobre cuatro prioridades consideradas comunes: a) caracterizar los problemas regionales relacionados con las políticas públicas y los sistemas de salud; b) identificar las capacidades de la Red para desempeñarse en el ámbito de las políticas y los sistemas de salud; c) identificar áreas de estudio prioritarias y d) capacitar a los miembros de la Red con el fin de mejorar su desempeño en habilidades específicas de investigación, en trabajo cooperativo e interinstitucional y en el manejo de relaciones profesionales basadas en la confianza, el colegaje y la interdisciplinariedad.

En cumplimiento de estos lineamientos, la Red ha venido realizando desde su creación varias actividades, cuyos logros principales se presentan en el **cuadro 2**. Entre Noviembre de 2004 y Diciembre de 2005, la Red estableció con COLCIENCIAS la realización de un convenio por \$ 110 millones de pesos (US 48 mil) dirigido a formular los lineamientos metodológicos que permitieran orientar la investigación en salud pública en Colombia y mejorar la capacitación de los nodos para investigar en este campo. Ambos proyectos fueron desarrollados de manera colectiva por los nodos, con base en una propuesta general elaborada por la Secretaría Ejecutiva, ajustando los compromisos a sus condiciones particulares. La gestión realizada por la Red en el marco de este convenio fue especialmente productiva y eficiente.

**Cuadro 2. Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de salud
Sucesos más relevantes 2004-2007**

Fecha	Tipo de experiencia	Actividad	Responsables
Marzo 18 de 2004	Organización	Se crea en Bogotá la Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud como un proyecto interinstitucional e interdisciplinario	OPS Acoesp Red Latinoamericana y del Caribe de Investigación en Políticas y Sistemas de salud
Marzo – Julio de 2007	Organización	Con apoyo de OPS se crean en Colombia 5 nodos con sede en Manizales, Medellín, Cartagena y Bogotá	Secretaría General
Sept 30 – Oct 1 de 2004	Cabildeo	Ponencia: <i>Mesas de trabajo en la construcción de políticas públicas</i> . A cargo de la Secretaría Ejecutiva. II Encuentro Nacional de Investigación en Salud Pública. “Investigación en Políticas Públicas en los ámbitos nacional, regional y local” Cali.	Nodo Antioquia Secretaría Ejecutiva
Octubre 27 - 31 de 2004	Organización	II Reunión de la red de investigación latinoamericana y del caribe en políticas y sistemas de salud. Lugar, Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba.	Coordinadoras Nodo Eje Cafetero y Bogotá Secretaría Ejecutiva con apoyo de OPS
Junio – Octubre de 2005	Capacitación	Con el apoyo de COLCIENCIAS se desarrollaron 5 cursos de capacitación para investigadores y tomadores de decisiones. Como producto de los cursos se capacitaron 140 investigadores y se generaron 42 proyectos de investigación, algunos de ellos actualmente en ejecución.	Nodos
Junio – Diciembre de 2005	Organización y cabildeo	Con recursos de COLCIENCIAS los nodos se organizaron para elaborar una propuesta consensuada de política dirigida a orientar la investigación en salud pública. El proceso implicó múltiples revisiones y discusiones en cada nodo. El producto se entrega al Ministerio	Nodos
Agosto 29 de 2005	Capacitación y cabildeo	Participación en la preparación y realización del I Seminario Internacional de Violencias ocultas-Ciudad de Medellín	Concejo de Medellín Nodo Antioquia
Marzo 2005- Diciembre de 2006	Formulación de políticas y cabildeo	27 Talleres, 5 reuniones y 5 Foros para la propuesta de reformas a la Ley de salud pública (Ley 9ª de 1979). El proyecto terminó en una propuesta de articulado que se entregó al Ministerio de la Protección Social	Ministerio de la Protección Social Facultad Nacional de Salud Pública Nodos Antioquia, Suroccidente, Eje Cafetero, Caribe y Bogotá

Fecha	Tipo de experiencia	Actividad	Responsables
24 y 25 de Noviembre de 2005	Organización	III Reunión. Red Andina y del Caribe de Investigación en Sistemas y Políticas de Salud. Quito. Ecuador	Nodo Antioquia Secretaría General Con apoyo de OPS
Mayo – Junio de 2006	Capacitación	Diplomado en Políticas de salud dirigido a líderes comunitarios y funcionarios del Estado. Realizado en el recinto del Concejo de Medellín	Concejo Municipal Escuela de Gobierno de Antioquia Secretaría Ejecutiva de la Red
Octubre 2006	Capacitación	Apoyo a pasantía internacional estudiantes y profesores de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador	Nodo Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública
Diciembre de 2006	Capacitación	Experiencia de la red Colombiana en Gestión Social del Conocimiento. Jornadas de Investigación Instituto Arnoldo Gabaldón. Maracay- Venezuela	Secretaría Ejecutiva
Julio de 2006- Febrero de 2007	Capacitación	Segundo diplomado de capacitación en políticas y sistemas de salud para investigadores y tomadores de decisiones con énfasis en Gestión Social del Conocimiento	Nodo Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública
Marzo 7 de 2007	Cabildeo	Foro: La Política Sanitaria en Colombia	Nodo Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública
Abril 25 de 2007	Capacitación	Taller de Cooperación Internacional: Un asunto más allá del financiamiento	Nodo Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública
Mayo 4 de 2007	Cabildeo	Foro: Políticas de Salud Mental.	Nodo Antioquia Universidad San Buenaventura
Mayo 10 de 2007	Asistencia Técnica	Apoyo técnico en la evaluación de otras redes (Sociales, técnicas, políticas y de conocimiento).	Nodo Antioquia Bienestar Universitario Universidad de Antioquia
Junio-Agosto de 2007	Capacitación	Apoyo a pasantía Internacional Estudiante de Universidad de Columbia - Nueva York (USA)	Nodo Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública
Diciembre 2006- Mayo 2007	Cabildeo	Participación en la Formulación del Modelo de salud para Cali, liderado por el CEDETES	CEDETES Secretaría Ejecutiva
1 de marzo de 2007	Formulación de políticas	Foro para la Reforma de la ley 9ª de 1979. Auditorio Multicentro Estrella (Manizales)	Nodo Eje Cafetero FNSP
Junio-Julio de 2007	Formulación de políticas	Talleres para la revisión, análisis y propuesta de políticas que deben orientar la investigación en salud del país. Organizado por el CEDETES y la	Nodo Antioquia CEDETES

Fecha	Tipo de experiencia	Actividad	Responsables
		Red (Medellín, Junio 5; Manizales ; Cali Julio 17;	

Cursos de capacitación en investigación.

Una de las fortalezas de la Red radica en su capacidad de organizarse para la capacitación en investigación. En menos de seis meses se desarrollaron en el país cinco cursos de investigación en políticas y sistemas de salud servidos por los mismos integrantes de la Red a tomadores de decisiones y e investigadores en formación. Los cursos se ofrecían gratuitamente a los participantes pero debían terminar en un proyecto de investigación en salud pública pertinente para su región y listo para ser presentado a una agencia financiadora. Ante la escasez de los recursos, el proyecto asignó a cada uno de los cinco nodos la suma de \$ 10 millones de pesos (US 4400) con el fin de que organizara un curso corto de capacitación dirigido a formar investigadores en la formulación de proyectos de investigación, cuyo asunto central fueran las políticas y los sistemas de salud. A este respecto se realizaron cinco cursos en Antioquia (Medellín), Caldas (Manizales), Costa Caribe (Cartagena), Valle (Cali) y Bogotá. Según lo pactado en el convenio, cada curso debía generar como mínimo tres proyectos para un mínimo de 15. Durante la ejecución de los cursos, se iniciaron 46 proyectos, de los cuales 29 llegaron a la fase de presentación de informe final en la ficha de COLCIENCIAS. La relación de estos proyectos, sus autores y las respectivas fichas de evaluación, se presenta como anexos. Pese a que la mayoría de los participantes en el curso realizaban investigaciones por primera vez, algunas de estas propuestas presentaron un buen nivel de madurez y estaban relativamente listas para la evaluación por pares.

En general, los cursos tuvieron las siguientes características.

- Fueron organizados por los propios nodos atendiendo a sus intereses y condiciones locales. La autonomía de los nodos para organizar los cursos se refería tanto al los componentes técnicos del curso (objetivos, contenidos, horarios) como a la distribución de los fondos asignados por el proyecto.
- Se organizaron con una finalidad eminentemente práctica dirigida a generar proyectos de investigación terminados. En consecuencia, y con excepción de Bogotá, la metodología básica adoptada por los diferentes nodos fue la de “aprender haciendo”. Más que cursos teóricos los programas de capacitación asumieron la forma de talleres donde los participantes trabajaban en grupo para generar y dar forma a sus propuestas, con apoyo de los investigadores del nodo con mayor experiencia y de invitados externos.
- Los cursos fueron dirigidos a diferentes agentes de instituciones estatales y privadas ligadas a la gestión de la salud pública, preferentemente con poca o ninguna experiencia previa en investigación. Sin embargo, en algunos nodos participaron también alumnos con experiencia previa en investigación. La convergencia en los cursos de participantes con diferente grado de experiencia constituyó una de las experiencias más interesantes y afortunadas para la Red, porque puso en evidencia que en relación con la gestión del conocimiento, la cooperación puede ser una mejor alternativa que la competencia.
- El proceso de capacitación estimulaba el trabajo en grupo y la asociación entre las agencias participantes, pero respetó la autonomía de los investigadores para seleccionar sus temas y delimitar el alcance de su proyecto. Al final, se logró que varios de los proyectos fueran interinstitucionales e interdisciplinarios.
- Los cursos fueron ofrecidos de manera gratuita a los participantes; sin embargo, cada uno de ellos asumía el compromiso de entregar, al terminar el curso y en calidad de contraprestación, un proyecto de investigación listo para ser presentado a la agencia patrocinadora seleccionada por el projectista.

- La mayoría de quienes participaron en los cursos como conferencistas, facilitadores y tutores lo hicieron *ad-honorem*. Sin embargo, los coordinadores de los cursos podían disponer de los recursos asignados por el proyecto para cubrir los viáticos, transporte u honorarios de profesores cuando ello fuera necesario. Se asignó también una partida a cada nodo para pagar un asistente seleccionado por el nodo, que sistemáticamente estuviera al tanto de los detalles operativos del proyecto; esta estrategia constituyó un factor clave de éxito para los nodos y permitió a las y los coordinadores dedicar su tiempo disponible a otras acciones prioritarias.
- El curso adelantado en Bogotá presentó algunas características particulares que respondieron a las condiciones de la gestión del conocimiento en la ciudad y a las necesidades y expectativas de los participantes.
- Las coordinaciones de los nodos elaboraron un informe detallado de evaluación de estas actividades cuya copia se adjunta en los anexos.

Tal como estipulaba el convenio, los productos pactados fueron logrados con participación de investigadores de entidades estatales y privadas de diferentes regiones del país, ligados a los nodos. Esta estrategia agregó dos valores al proyecto, pues promovió la articulación de los investigadores alrededor de productos específicos que tocan con su desempeño, y legitimó los productos desde la concertación.

Lineamientos de política para la investigación en salud pública.

Una de las mayores inquietudes de los participantes, en los diferentes Nodos, se refería a la necesidad de disponer de un modelo conceptual que fundamentara la organización y el desempeño de la Red. A este respecto, se aprovechó el convenio con COLCIENCIAS, para formular y sistematizar un marco conceptual y un conjunto de lineamientos que orientaran la gestión del conocimiento en salud pública; la tarea fue asumida como un proyecto colectivo y los nodos se distribuyeron la elaboración de los documentos preliminares con base en un esquema básico propuesto por la Secretaría General.

Los documentos preliminares fueron posteriormente difundidos entre los demás nodos para sus observaciones y una comisión se encargó de editar un informe final, titulado *Gestión del conocimiento para la salud pública: Lineamientos de Política Nacional para el desarrollo científico y tecnológico en salud pública*. La primera versión de este documento, cuya copia se anexa, fue elaborada por investigadores pertenecientes a los nodos de Antioquia, Caldas y Valle. Los coordinadores de los nodos Caribe y Bogotá, reconocieron la importancia del proyecto, pero consideraron que en sus grupos no había, por el momento, condiciones favorables para emprender este trabajo. La construcción por consenso de este documento contribuyó notablemente a la articulación de los nodos y a la fundamentación del trabajo en Red.

De acuerdo con las condiciones estipuladas en el convenio, la Red debía presentar sus reflexiones específicamente en tres áreas:

- Una revisión de los antecedentes y desarrollos actuales del país en lo referente al desarrollo del sistema de investigación en protección social y la salud pública;
- Un inventario de necesidades y prioridades de investigación del sistema de protección social y la salud pública;
- Unos lineamientos acordes con las necesidades de investigación (Precisando objetivos, metas, actividades y presupuestos).

Durante la fase de preparación del proyecto se consideró que para lograr estos productos era necesario realizar previamente otros análisis, y delimitar varios aspectos conceptuales y metodológicos. En consecuencia, estos tres componentes se articularon en un esquema más integral que permitiera: organizar el trabajo, facilitar las discusiones y mejorar el alcance de los resultados esperados. Se acordó entonces dar a estos productos la forma de un documento técnico dirigido a COLCIENCIAS, el Ministerio de Protección Social, los entes territoriales, los tomadores de decisión, instituciones y grupos dedicados a la investigación en salud, los investigadores y las instituciones formadoras del recurso humano en salud. Su contenido fue estructurado con el propósito de establecer, para el país, lineamientos generales de orden técnico y administrativo, que faciliten el desarrollo científico y tecnológico en el campo de la salud pública y las políticas que la afectan.

Los temas de discusión se estructuraron como capítulos, con base en una tabla de contenido, cuyos apartes se distribuyeron entre los integrantes de la red según su interés y afinidad en la temática. La autoría de la primera versión del documento de formulación de lineamientos fue colectiva y se acordó desde el comienzo que los autores debían relacionarse en orden alfabético. La responsabilidad de los capítulos se distribuyó por nodos; sin embargo cada grupo introdujo sus propias modificaciones y aportes. Esta variación hizo más difícil la edición del informe final, pero permitió a los investigadores vinculados a los nodos, participar en la medida de sus intereses y posibilidades. Los integrantes de las comisiones designaron sus coordinadores, y elaboraron su propia programación de acuerdo con las condiciones locales.

Los borradores se sometieron progresivamente a discusiones de socialización en cada nodo. Cada grupo realizó una revisión bibliográfica y seleccionó ideas centrales para el capítulo. Los borradores iniciales no pretendían constituir un documento acabado, pero incluían contenidos que, a juicio de los integrantes, debían hacer parte del documento final. A este respecto se tomaron en cuenta documentos de COLCIENCIAS, de la Red de Investigaciones en Sistemas de Salud del Cono Sur, los lineamientos de organismos y agencias internacionales (ONU, OMS, OPS, Global Forum for Health Research), del Plan de Salud 2002-2006, las Metas del Milenio, el Informe 2005 del taller de expertos de COLCIENCIAS sobre Prioridades de Investigación, y otros documentos que aparecen referenciados en la bibliografía. Las experiencias locales constituyeron una valiosa fuente de discusión que debe resaltarse al interior de la experiencia.

Aunque los capítulos se elaboraron de manera participativa, la edición de las primeras versiones detectó vacíos, repeticiones y diferencias conceptuales entre los aportes generados por los distintos grupos y debió introducir cambios importantes, tanto de forma como de contenido, cuya validación por parte de los participantes debe realizarse en cuanto sea posible. El informe se envió a los nodos para comentarios adicionales y se previó una reunión de los coordinadores con el fin de realizar la edición y ajuste del texto, procedimiento que no ha podido realizarse por falta de financiación. A este respecto, la Secretaría Ejecutiva ha considerado que la revisión por parte de los nodos no debe entenderse como un simple proceso de edición y ajuste formal, sino como la consolidación de un grupo de trabajo alrededor de principios conceptuales que fundamentan su interacción como investigadores. Es importante anotar que tanto las personas que participaron en los grupos de discusión como quienes coordinaron el proceso, realizaron esta labor ad-honorem, con frecuencia en su propio tiempo, motivados por su compromiso con la gestión del conocimiento y con la salud pública.

El proceso de construcción procuró consultar las inquietudes y propuestas de los investigadores e instituciones que se desempeñan en el ámbito de las políticas públicas que afectan la salud. La participación de investigadores de diferentes agencias estatales y privadas, y la posibilidad de discutir problemas comunes, constituyó un valor agregado muy importante. Sin embargo, la experiencia puso en evidencia la necesidad de consolidar y sostener estos espacios de articulación.

En relación con las políticas para orientar la investigación, uno de los aspectos que suele generar mayor interés radica en la formulación de prioridades de investigación. Inicialmente, los nodos abordaron este

asunto y, utilizando diferentes metodologías, identificaron prioridades nacionales y regionales. Estos listados se incorporaron a la primera versión del documento *Lineamientos de Política Nacional para el desarrollo científico y tecnológico en salud pública* y se adjuntan como anexos. Un resumen de estas prioridades se presenta en el cuadro 3. En las reuniones que la Red ha adelantado con apoyo del CEDETES, la discusión sobre las prioridades ha derivado hacia la necesidad de formular agendas estratégicas de ciencia y tecnología incorporadas a los planes de desarrollo territorial; los participantes en las reuniones han desviado su atención a aspectos que consideran cruciales para la formulación de la agenda, como la definición de los fundamentos éticos y políticos que soportan la agenda y la necesidad de generar espacios participativos donde se concierten las necesidades de investigación, difusión y aplicación del conocimiento.

Cuadro 3
Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud
PRIORIDADES EN INVESTIGACIÓN
formuladas por los nodos con base en reuniones de consenso
2005

Resumen de las prioridades establecidas por los participantes de la *Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud* que participaron en las reuniones promovidas por los nodos durante 2005. Los elementos incluidos en este informe y su jerarquización, son actualmente objeto de discusión por parte de los grupos.

PROBLEMÁTICAS PRIORITARIAS EN RELACIÓN CON LA SALUD PÚBLICA Y LA SEGURIDAD SOCIAL

1. Incremento y expansión de riesgos para la salud

- Expansión de la pobreza y la inequidad social
- Desintegración del tejido social (desorganización progresiva la comunitaria y pérdida del capital social)
- Aumento de la contaminación ambiental y deterioro de la calidad del ecosistema
- Contaminación de la cadena alimenticia (Aplicación de plaguicidas en cultivos y animales de abasto público, carne, leche y huevos)
- Efectos sanitarios de la privatización de los recursos naturales
- Promoción de hábitos de consumo potencialmente dañinos para la salud
- Creencias y prácticas culturales que interfieren desfavorablemente con el estado de salud de la población
- La exposición al conflicto armado
- Desplazamiento forzado
- Asentamiento en zonas de riesgo
- Concentración de la población en núcleos urbanos
- Riesgo de pandemias por la rapidez de diseminación de brotes

2. El deterioro en el control de determinantes de la salud

- Debilitamiento del Estado y de sus responsabilidades frente a los determinantes de la salud pública
- Desregulación del mercado y debilitamiento en el control de la distribución y consumo de sustancias potencialmente nocivas
- Eliminación inadecuada de desechos

- Deterioro en los programas de control de infecciones sexualmente transmisibles
 - Deterioro de los programas de control de vectores
 - Deterioro en los programas de control de patologías de interés público (TBC, VIH-SIDA, inmunoprevenibles, riesgo maternoinfantil, riesgo cardiovascular)
3. La tendencia al aumento de enfermedades y problemas de salud pública
- Aumento en la frecuencia de enfermedades transmitidas por vectores
 - Bajo peso al nacer
 - Incremento en la frecuencia de patologías crónicas
 - Incremento en el número de embarazos en población cada vez más joven
 - El aumento en el número de embarazadas jóvenes con problemas de malnutrición
 - Incremento del cáncer de mama
 - Presencia de discapacidades originadas por causas prevenibles
 - Violencia intrafamiliar, violencia social, conflicto armado
- 4. El aumento de la mortalidad evitable**
- Aumento de la mortalidad materna
 - Aumento de la mortalidad perinatal
 - Aumento en las muertes por neumonía en menores de 5 años
 - Aumento en la mortalidad por cáncer de cérvix
 - Incremento de los casos de suicidio, en población joven
- 5. Capacidad limitada de las políticas sanitarias para identificar y controlar los problemas prioritarios**
- Deficiencias en la gestión de las políticas, planes y programas de salud pública.
 - Limitaciones del recurso humano vinculado a los entes territoriales para gestionar los problemas de la salud pública de su región (deficiente gestión de políticas públicas, planes y programas).
 - Escaso impacto de la política pública en el bienestar de la comunidad. Se han realizado múltiples actividades, por ejemplo en materia de sexualidad, sin que se observe un impacto favorable en los indicadores de salud.
 - Carencia de procesos integrales de rehabilitación en las personas en situación de discapacidad
 - Gestión de políticas públicas sin previsión de los contextos socioeconómicos y culturales ni de sus efectos potenciales a largo plazo
 - Vulneración del derecho a la salud (La gente se ve obligada a recurrir cada vez más frecuentemente a la tutela para acceder a los servicios de salud)
 - Debilitamiento del sistema de información
 - Debilidad del sistema para establecer y garantizar la eficiencia y efectividad del aseguramiento
- 6. Limitaciones de la estructura y capacidad de los servicios del sector para prevenir y atender apropiadamente las enfermedades, heridas y traumatismos prevalentes en la población.**
- Fraccionamiento de las redes de prestación de servicios en los diferentes niveles de atención.
 - Atención tardía (colas de atención) por parte de los entes aseguradores y prestadores del servicio
 - Bajas coberturas con servicios asistenciales para las poblaciones de estratos 1, 2 y 3

- Dificultades en el acceso a medicamentos por parte de las poblaciones más pobres
- Limitada cobertura de vigilancia y control en las muestras analizadas en laboratorio
- Automedicación condicionada, entre otros factores, por los altos precios, por los copagos y cuotas moderadoras.
- Deficiencias en la formación del recurso humano en áreas como promoción de la salud, prevención de las enfermedades y medicina comunitaria.

NECESIDADES PRIORITARIAS DE INVESTIGACIÓN

Las necesidades prioritarias de investigación se relacionan con los siguientes problemas considerados a su vez como prioritarios para el país:

1. Identificación y valoración de los determinantes de la salud y especialmente de los riesgos para la salud

- Valoración de la relación entre pobreza y salud
- Caracterización de las inequidades sociales y valoración de su relación con la salud
- Caracterización de las exclusiones sociales y sus relaciones con los riesgos para la salud de la población
- Valoración del capital social y su relación con la salud pública
- Monitoreo de la calidad del ambiente y sus efectos sobre la salud humana
- Monitoreo de la contaminación de la cadena alimenticia
- Valoración de la relación entre privatización de los recursos naturales y salud pública
- Monitoreo de los hábitos de consumo potencialmente dañinos para la salud
- Monitoreo de las creencias y prácticas culturales que interfieren desfavorablemente con el estado de salud de la población
- Caracterización de los comportamientos y estilos de vida como determinantes de la salud y la enfermedad
- Valoración de la relación entre el conflicto armado y la salud pública
- Caracterización del desplazamiento y de sus relaciones con la salud pública
- Caracterización de los riesgos de desastres
- Caracterización de los problemas de las grandes ciudades
- Previsión y caracterización de los nuevos riesgos asociados con los procesos de globalización

2. Monitoreo de los sistemas de control de los determinantes de la salud

- Monitoreo de la gestión de los agentes estatales frente a los determinantes de la salud pública
- Monitoreo de los sistemas de distribución y consumo de sustancias potencialmente nocivas
- Monitoreo de los sistemas de control de las patologías transmisibles (ITS, TBC)
- Monitoreo de los sistemas de control de vectores
- Monitoreo de los sistemas de eliminación de residuos
- Monitoreo de sistemas de promoción de factores protectores y condiciones saludables

3. Vigilancia de enfermedades y problemas de salud pública considerados prioritarios

- Vigilancia de las enfermedades transmitidas por vectores
- Vigilancia del bajo peso al nacer
- Vigilancia de trazadores de patologías crónicas
- Vigilancia de trazadores de salud sexual y reproductiva (especialmente de embarazos de alto riesgo)
- Vigilancia de la desnutrición y los problemas carenciales
- Vigilancia del cáncer de mama
- Vigilancia de la discapacidad
- Caracterización y vigilancia de las manifestaciones de violencia y sus relaciones con la salud pública

4. Caracterización y vigilancia de la mortalidad evitable como indicadora de fallos en los sistemas de control de los determinantes de la salud

- Estudios de indicadores de mortalidad evitable: mortalidad materna, mortalidad perinatal, mortalidad por neumonía en menores de 5 años, mortalidad por cáncer de cérvix, mortalidad por complicaciones de la hipertensión.
- Caracterización del suicidio, especialmente en población joven

5. Caracterización y evaluación de las políticas sanitarias

- Caracterización de la gestión de las políticas, planes y programas de salud pública.
- Caracterización de las políticas públicas (contenido, contexto, intereses y proceso político). Comprende la caracterización de los principios técnicos, éticos y políticos incorporados a la normatividad; el estudio de los contextos económicos, políticos e ideológicos en que se han desarrollado las políticas, la caracterización de los actores e intereses que vienen impulsado la reforma sanitaria; la caracterización de las acciones adelantadas por las instituciones estatales y privadas, tanto nacionales como internacionales)
- Caracterización de la participación social en la gestión de las políticas que afectan su salud
- Elaboración de diagnósticos operativos que soporten la formulación de políticas, planes y programas.
- Evaluación de los efectos de la reforma sanitaria. Impacto de la política sanitaria sobre: el derecho a la salud, la mortalidad evitable, la morbilidad prioritaria, malaria y ETV, Tuberculosis, ITS y SIDA, inmunoprevenibles, trauma y accidentes, trastornos carenciales, factores de riesgo ambientales
- Caracterización del recurso humano vinculado a los entes territoriales para gestionar los problemas de la salud pública de su región
- Impacto de las políticas públicas en el bienestar de la comunidad.
- Caracterización de las políticas dirigidas a reducir las inequidades (económicas, de género, de discapacidad)
- Elaboración de estudios para soportar las gestión de políticas públicas (estudio de los contextos socioeconómicos y culturales y previsión de los efectos potenciales de la política a mediano y largo plazo)
- Caracterización y vigilancia del respeto por el derecho a la salud
- Fortalecimiento de sistemas de información que soporten las políticas, planes y programas
- Caracterización y monitoreo de la eficiencia y efectividad del aseguramiento (estudios de co-

sto/efectividad)

- Contribución y compatibilidad de las políticas de sistema de salud y los objetivos del Milenio

6. Caracterización y evaluación de la estructura y capacidad de los servicios del sector para prevenir y atender apropiadamente los problemas prioritarios

- Monitoreo de coberturas con servicios prioritarios
- Evaluación de la calidad de los servicios dirigidos al control de problemas prioritarios
- Evaluación de eficiencia y efectividad de servicios dirigidos al control de los problemas prioritarios
- Caracterización y monitoreo de la estructura y funcionalidad de las redes de prestación de servicios en los diferentes niveles de atención.
- Identificación y caracterización de las barreras de acceso a los servicios
- Caracterización y monitoreo de la oportunidad de la atención tardía (estudios de colas de atención) por parte de los entes aseguradores y prestadores del servicio
- Estudios de accesibilidad a servicios prioritarios (incluyendo medicamentos)
- Caracterización y seguimiento de la financiación del sistema de atención médica y de la aplicación de los recursos
- Caracterización y seguimiento de la financiación del sistema de atención al ambiente y de la aplicación de los recursos
- Alcances y limitantes de la intermediación sobre la calidad de la atención en salud
- Caracterización y evaluación de los programas de formación del recurso humano en áreas como promoción de la salud, prevención de las enfermedades y medicina comunitaria.
- Caracterización del papel del sector privado frente a salud pública
- Caracterización del conocimiento tradicional como recurso para la salud

OTROS PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA CONSIDERADOS POR LOS INVESTIGADORES COMO OBJETO PRIORITARIO DE INVESTIGACIÓN EN SUS LOCALIDADES:

1. Impacto de la promoción y prevención en el perfil patológico de la comunidad, teniendo en cuenta grupos de edad, utilización de los recursos y otros aspectos determinantes.
2. Cualificación de los recursos humanos en materia de nutrición
3. Factores de riesgo asociados a suicidio en adolescentes
4. Las condiciones de las personas en situación de discapacidad: factores de riesgo por grupos de edad, recursos, derechos, acceso a los servicios y a la tecnología. Tener en cuenta las condiciones del adulto mayor y las generadas por la violencia. En el mismo sentido, evaluar el impacto que las políticas públicas han tenido en las condiciones de este grupo poblacional.
5. La situación de malnutrición en los diferentes grupos poblacionales, especialmente en las mujeres gestantes, situación ésta que incide en el peso del recién nacido. Considerar las políticas nacionales al respecto.
6. Consecuencias del uso y abuso de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados y no escolarizados
7. Caracterización epidemiológica de la depresión y ansiedad
8. Calidad toxicológica de los alimentos
9. Automedicación
10. Diagnóstico sanitario de las viviendas en estratos 1, 2 y 3 y en zona rural
11. Zoonosis en caninos callejeros
12. Formación en salud pública y salud comunitaria de los profesionales de la salud, desde el pregrado. Impacto de los programas que se imparten y peso porcentual con relación a la formación en otras áreas en Colombia
13. Hábitos en salud de la población juvenil.
14. Empoderamiento de las personas frente a su salud (Autocuidado y educación)

15. Cultura de la salud, analizada desde los grupos poblacionales y las diferentes regiones
16. Concepto de salud en las diferentes poblaciones y regiones. Componente cultural
17. Posicionamiento de la ciencia y la tecnología en el área de la salud en Colombia
18. Modelo ético actual (utilitarista). Cuál debería ser
19. Tipo de justicia que impera en el sistema de salud, incluyendo los aspectos legales, éticos y administrativos. Deber ser de un sistema con parámetros de equidad. Modelo que debe prevalecer.
20. Financiación y costos en el sistema de salud
21. Impacto de la violencia (familiar, social, situación de conflicto armado, terrorismo) en la salud de la población y en el sistema como tal.
22. La tutela como indicador del derecho a la salud.
23. La tutela como mecanismo alterno de acceso a los servicios de salud
24. Cobertura, acceso y prestación del servicio, para responder los interrogantes: ¿el acceso es efectivo? ¿el servicio es eficiente?
25. El acceso a los servicios de salud y la ampliación efectiva de la cobertura a través de los procesos de afiliación
26. Evaluación de estrategias para impactar los indicadores en salud
27. Calidad de los medicamentos POS, disponibilidad y acceso a los mismos. Mitos y realidades en torno a los medicamentos esenciales, genéricos vrs. comerciales.
28. Costo adicional asumido por los usuarios que permita conocer el costo real de la atención en salud
29. Tiempos de espera por servicio: estudio comparativo de los regímenes contributivo y subsidiado. Colombia.
30. El proceso de planeación en salud en la política sanitaria colombiana de 1975-2005
31. El proceso de control estatal sobre la aplicación de los recursos en la política sanitaria colombiana de 1975-2005
32. La política colombiana de salud sexual y reproductiva de 1975-2005.
33. La política colombiana de control de los daños cardiovasculares entre 1975-2005.
34. La política colombiana de control vectores entre 1975-2005
35. Reducción de costos en el control de la hipertensión arterial en el Sistema General de Seguridad Social en salud. 2005
36. Impacto de la descentralización sobre indicadores trazadores el control de determinantes ambientales. 1980-2005
37. La política colombiana de salud bucal entre 1975-2005
38. Calidad de la referencia en la atención prenatal del SGSS. Antioquia y Valle. 2005
39. Participación social en salud en el SGSS de Colombia. 2005
40. Eficiencia del PAI en el marco de la política sanitaria vigente. Colombia 1975-2005

En la medida en que avanzaban en la elaboración de los productos, los nodos percibieron que la magnitud del trabajo superaba las condiciones de operación previstas por el proyecto. En Diciembre de 2005 terminó el contrato que financiaba las reuniones. Aunque los productos fueron bien recibidos por COLCIENCIAS y el Ministerio de la Protección Social, quienes consideraron que se habían superado las metas pactadas en el contrato, el trabajo quedó a mitad de camino y no se logró acceder a recursos para la publicación. En la reunión de entrega del producto, la Red propuso a COLCIENCIAS y al Ministerio continuar desarrollando los lineamientos de política para la investigación en Salud Pública y ha venido haciéndolo desde entonces sin que hasta la fecha hayan podido obtenerse recursos para apoyar la culminación del trabajo. Desde 2006 los nodos de Antioquia y Eje Cafetero han venido trabajando por su cuenta en el proyecto y han avanzado en el desarrollo conceptual y operativo de la política de investigación en salud pública para el país. Este proceso ha generado un cambio conceptual importante en la concepción original de la Red en la medida en que las discusiones propenden por políticas de gestión social del conocimiento, en un intento por superar los tipos I y II de investigación. El **cuadro 4** presenta algunos de los aspectos más relevantes del modelo conceptual propuesto por la Red. Otros avances conceptuales producidos por los miembros de la Red se adjuntan también al presente informe en calidad de anexos.

Cuadro 4

LINEAMIENTOS PARA ORIENTAR LA INVESTIGACION EN SALUD PUBLICA Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud

1. Acogiendo los principios y recomendaciones de la Declaración de Budapest y del Foro Global para la Investigación en Salud, la Red reconoce la importancia de la ciencia y la tecnología para el crecimiento económico y el modelo de desarrollo humano sostenible, en el marco de un futuro humano que depende más que nunca de la producción, difusión y utilización equitativa del saber. Para acercarse a estos principios, la Red se propone superar los modelos tradicionales Tipo I y Tipo II de investigación, centrados en la publicación, la apropiación individual del saber y el beneficio empresarial, e impulsar en cambio por un modelo de *Gestión Social del Conocimiento GSC* que contribuya al desarrollo social. La GSC propuesta por la Red se define como el conjunto de actividades de producción, difusión, valoración, apropiación y aplicación del conocimiento, realizadas por los diferentes agentes sociales con la intención de mejorar la comprensión y solución de los problemas prioritarios en el grupo, en especial a la reducción de la pobreza y la inequidad. En principio, la GSC ocurre tanto en el ámbito comunitario cotidiano como en los espacios institucionales donde el saber puede sujetarse a las reglas de una disciplina y en el espacio de los mercados y la política donde los saberes se convierten en decisiones. Una GSC implica a la vez la participación activa y coordinada de los agentes sociales en el manejo del conocimiento, y la apropiación colectiva del saber. Para la Red, la función de promover la GSC exige no solamente preparar a los diferentes agentes sociales (investigadores, tomadores de decisiones, agentes de la producción y miembros de las comunidades) en lo que se refiere al procesamiento del conocimiento, sino también a la generación de espacios donde dichos agentes se articulen para utilizar la información y para decidir sobre la mejor manera de resolver los problemas prioritarios. Estos espacios deben trascender los muros de la academia y penetrar en las comunidades y en los ámbitos políticos donde se toman decisiones. Especial importancia confiere la Red a romper las brechas en el acceso y la utilización del conocimiento que se observan entre investigadores y tomadores de decisiones, entre las mismas disciplinas, entre los sectores de la sociedad entre los sectores de la sociedad, y en la forma como se aplican los recursos (Brecha 10/90).
2. La GSC propuesta por la Red no se refiere solamente a los procedimientos técnicos involucrados en la administración de la información científica, sino también a su fundamentación ética y epistemológica, a su valoración social y a su incorporación a las decisiones administrativas y políticas. En tal sentido, la GSC involucra actividades de debate ideológico y de cabildeo que hagan posible la incorporación del conocimiento socialmente valorado, al proceso de toma de decisiones. En sus diferentes presentaciones, la Secretaría Ejecutiva ha insistido en la necesidad de superar la noción de agendas de investigación centradas en listados de temas prioritarios, y generar en cambio agendas integrales de gestión del conocimiento y planes estratégicos de ciencia y tecnología de la salud, articulados a los planes territoriales de desarrollo. En relación con el proceso de formulación de la agenda, se ha propuesto también que se realice de manera concertada, con amplia participación de tomadores de decisiones e investigadores.
3. La Red reconoce que entre la salud y el desarrollo social existe una estrecha y compleja relación cuya comprensión puede contribuir a optimizar los resultados en ambos campos. A este respecto considera con preocupación que las acciones en materia de política sanitaria están actualmente orientadas por una profunda racionalidad económica, que admite a priori la bon-

dad de los mecanismos del mercado y de la retracción del Estado para mejorar la salud, supuestos que, por sus implicaciones sociales deberían evaluarse cuidadosamente. La Red considera también que estos enfoques presentan serias limitaciones epistemológicas, éticas y técnicas, y propende por investigaciones que den cuenta de la salud y el desarrollo desde perspectivas más integrales, capaces de superar los enfoques centrados en el beneficio económico de los inversionistas y de dar cuenta de las inequidades sociales como obstáculos para mejorar la salud y el desarrollo.

4. En relación con su objeto de interés, la Red se propone cubrir la salud pública en sus tres acepciones: como hecho público, como práctica social y como disciplina:

- La salud pública es, en primer lugar, un *hecho público* conformado por el conjunto de eventos que son valorados convencionalmente por el grupo como manifestaciones de la salud y como bienes de interés público. Centrada inicialmente en las enfermedades, los trastornos y las defunciones tempranas, la salud pública ha tenido que abrirse cada vez más a hechos que antes le eran ajenos y hoy figuran entre sus problemas prioritarios, como los patrones nocivos de consumo, las violencias, la exclusión social, las barreras de acceso a bienes y servicios esenciales para la vida y el deterioro del ambiente, entre otros. Los diferentes eventos reconocidos en cada región como expresiones de la salud pública (incluyendo las enfermedades y defunciones que tradicionalmente han constituido su objeto) son el producto de un proceso complejo y cambiante de construcción social, que se formula a partir de tres dimensiones complementarias: La condiciones objetivas biológicas, psicosociales y ambientales en que se llevan a cabo los procesos de supervivencia, producción y reproducción social; la valoración subjetiva que cada sujeto hace de su calidad de vida; y la manera como la sociedad interpreta y valora los dos anteriores. La comprensión de esta construcción, por naturaleza compleja y dinámica, demanda la aplicación sinérgica de enfoques y metodologías cualitativas y cuantitativas, y constituye una función esencial de la GSC. En relación con la noción de salud pública que debe orientar la investigación, la Red considera que la salud de los individuos y las colectividades es un también un derecho fundamental inherente al ser humano, deseable por todas las personas y en esta medida asunto de interés público, dimensiones que deben suscitar el interés de quienes se dedican a la investigación en salud pública.
- La GSC debe dar cuenta también de la salud pública, en su condición de *práctica social* constituída por el conjunto de actividades individuales y colectivas dirigidas a intervenir en las poblaciones la calidad de la vida, el proceso salud – enfermedad, y sus determinantes biológicos, ambientales y sociales. La Red ha insistido en la necesidad de diferenciar los sistemas de salud de los sistemas de servicios de salud. Estos últimos representan solo una de las formas de respuesta social a la situación de salud, categoría más amplia que se expresa de manera particular en el diseño y en la puesta en marcha de los diferentes sistemas de servicios y de políticas públicas que afectan la salud. En concepto de la Red, la gestión del conocimiento debe prestar especial atención a esta dimensión de la salud pública, facilitando la comprensión y evaluación de las políticas y los sistemas de respuesta social, y optimizando la toma de decisiones.
- La salud pública se entiende también como un saber regulado, fundamentado en construcciones sociales de tipo científico e ideológico, históricamente determinadas. En relación con esta dimensión de la salud pública, la GSC debe facilitar la comprensión, la crítica y el desarrollo teórico de sus asuntos centrales, en especial de sus enfoques, sus métodos, su coherencia como discurso, su devenir histórico y sus compromisos conceptuales, ideológicos, éticos y políticos con otros saberes.

Una vez terminado el proyecto con COLCIENCIAS, que mantenía a los investigadores unidos alrededor de la capacitación y la formulación de la política, los nodos experimentaron una fase de estancamiento académico y organizativo. Entre Enero de 2006 y Mayo de 2007, y con excepción de los nodos de Antioquia y Eje Cafetero, las reuniones se hicieron cada vez menos frecuentes y concurridas, y varios de los participantes iniciales no regresaron. Aunque la falta de recursos disponibles para apoyar las reuniones influyó en este decaimiento de los nodos, la falta de proyectos comunes que promoviera la interacción entre los integrantes, pudo haber sido un factor aún más importante.

A pesar del estancamiento de algunos grupos, la Secretaría Ejecutiva y las coordinaciones de los nodos continuaron promoviendo actividades importantes en el campo del cabildeo. Convocados por la Facultad Nacional de Salud Pública y la Secretaría Ejecutiva, los nodos organizaron en sus respectivas ciudades foros y talleres, abiertos a la población en general y dirigidos a analizar el Código Sanitario Nacional (Ley 9ª de 1979). En relación con la política sanitaria de Colombia, los participantes identificaron seis grandes problemas que justificaban ajustes a la Ley 9a: La desarticulación y debilitamiento del Estado en materia de gestión de la salud; el debilitamiento de la autoridad sanitaria a todo nivel, pero especialmente en los municipios; el fortalecimiento de un mercado de servicios de salud constituido principalmente por intervenciones de tipo individual; la supeditación de la gestión sanitaria a la industria del aseguramiento; y la aparición de nuevos riesgos relacionados con el consumo, los avances tecnológicos, la privatización de los recursos naturales y los servicios públicos, y el crecimiento de los asentamientos humanos. El proceso de revisión y análisis de la Ley 9a concluyó en una propuesta consensuada de 200 artículos que la Facultad Nacional de Salud Pública presentó al Ministerio de la Protección Social. Adicionalmente, el Nodo de Antioquia participó en la preparación y realización del I Seminario Internacional de Violencias ocultas y del Foro Políticas de Salud Mental, realizados en Medellín. Durante 2006, la red participó también, junto al Concejo de Medellín y la escuela de Gobierno de Antioquia, en la organización y realización de cursos sobre análisis y gestión de políticas públicas dirigidos a líderes comunitarios y funcionarios del Estado.

En Junio de 2007, el CEDETES de la Universidad del Valle recibió del Ministerio de la Protección Social recursos para avanzar en la Política Nacional de Investigación en Salud y decidió apoyarse en la Red para realizar el proyecto. Las convocatorias del CEDETES para retomar el trabajo realizado durante 2005 ha jugado un papel importante en el fortalecimiento de los nodos de Antioquia y Eje Cafetero y en la reactivación del Nodo del Valle. En la actualidad el CEDETES está buscando recursos para extender este proceso a Bogotá, la Costa Atlántica y Santander.

5 EXPERIENCIAS DE LOS NODOS

5.1 NODO DEL EJE CAFETERO

Funciona con sede en Manizales. Inicialmente fue coordinado por las Profesoras Cecilia Realpe y Alba Luz Vélez, de la Universidad de Caldas. Desde 2006 asumió la coordinación la Dra. Dora Cardona Rivas, Profesora de la Universidad Autónoma de Manizales.

En 2005, al inicio del proyecto, la Universidad de Caldas hizo la convocatoria a las instituciones de los tres departamentos del eje cafetero. La reunión se realizó el 11 de Junio y contó con muy buena asistencia de los departamentos de Caldas, Risaralda y Quindío. Los participantes expresaron su interés por pertenecer a la Red y firmaron al final un acta de intención para conformarla. El Secretario Departamental de Caldas y la Secretaria de salud de Manizales, manifestaron su respaldo a la iniciativa y su intención de integrarse a la Red.

Operativamente, el Nodo ha trabajado en cuatro frentes:

1. Inventario de investigaciones en políticas y sistemas de salud. Al respecto, realizó un análisis y clasificación de las investigaciones remitidas por la Universidad de Caldas, Departamento de Risaralda, Secretaria de Salud de Manizales y la Universidad Autónoma. En este campo se identificaron las siguientes necesidades de educación continuada:
 - Concepto de políticas públicas.
 - Tendencias en el concepto de Estado y su rol.
 - Análisis social de las políticas públicas.
 - Gestión estatal de las políticas públicas en el eje cafetero.
 - Análisis económico de las políticas públicas a nivel nacional y regional.
 - Gestión de políticas de salud en Colombia.
 - Taller de formulación de proyectos de investigación.

2. Estructura, organización y funcionamiento de la Red. El grupo a cargo de este componente elaboró una propuesta con el siguiente esquema:
 - Diseño de la plataforma estratégica de la Red.
 - Plan de acción de la Red.
 - Áreas de direccionamiento estratégico.
 - Líneas y temas:
 - a) Cultura y salud.
 - b) Problemas de salud pública y sus determinantes.
 - c) Evaluación de políticas, planes, programas y proyectos.
 - d) Desarrollo de servicios.
 - e) Aseguramiento y financiación.
 - f) Información y comunicación.
 - g) Investigación y capacitación.

3. Reforma a la Ley 100 de 1993.

4. Conectividad con el sistema de comunicaciones de la OPS. Esta línea se limita por el momento a los foros.

Desde 2005 el nodo ha realizado varios talleres dirigidos a los miembros de la red, con dos objetivos: a) identificar los conceptos generales del proceso de implementación de políticas públicas, su definición como problema público y su análisis y b) Identificar los conceptos de investigación en sistemas y políticas de salud y su aporte para la toma de decisiones mejor informadas en el sistema general de seguridad social en salud.

Desde Junio de 2007, el Nodo viene trabajando en el ajuste al documento *Lineamientos de Política de Investigación en salud Pública*, y en Julio del mismo año realizó un taller de evaluación y definición de prioridades, con el apoyo del CEDETES de la Universidad del Valle.

5.2 NODO DE ANTIOQUIA

Funciona con sede en Medellín. Inicialmente fue coordinado por la Profesora Gloria Molina, de la Facultad Nacional de Salud Pública. Desde 2005 asumió la coordinación la Dra. Eliana Martínez del grupo de

Epidemiología (Línea Análisis de la Situación de Salud), también de la Facultad Nacional de Salud Pública.

El nodo de Antioquia se articuló el 8 de junio en la Facultad Nacional de Salud Pública, convocado por los decanos de Salud Pública y Enfermería. En una primera ronda de inquietudes y expectativas, todos los participantes manifestaron el interés de sus instituciones en participar en el nodo, y consideraron que era una excelente oportunidad de articular esfuerzos hacia problemas comunes prioritarios.

En su reunión del 18 de Mayo de 2005, con una participación más amplia, los participantes revisaron el contenido de las cuatro líneas de acción de la propuesta presentada por la Secretaría Ejecutiva de la red Nacional: Línea 1. Participación activa y oportuna en el actual proceso de reforma; Línea 2. Fortalecimiento de la Red; Línea 3. Fortalecimiento técnico de la Red; Línea 4. Posicionamiento de la Red. Los participantes resaltaron la importancia de dar prioridad a la primera línea de acción, que reviste especial urgencia por los tiempos políticos definidos para el debate en el Congreso Nacional, y por su importancia para la salud pública. Al terminar la sesión, y en relación con las propuestas del Secretario Ejecutivo, el grupo acordó informara a sus correspondientes superiores inmediatos acerca del contenido de esta reunión. Se consideró conveniente que la vinculación a la Red se formalizara a través de los representantes legales de las instituciones o de los grupos que vienen trabajando en este campo. Se acordó igualmente que los grupos sin personería jurídica fueran presentados por instituciones que sí la tuvieran, como era el caso de las Mesas de Trabajo vinculadas al proyecto Gestión de Políticas Públicas y Salud. Se acordó que las instituciones, las mesas y demás grupos de trabajo que tuvieran interés en pertenecer a la Red Nacional y vincularse a su construcción, deben formalizar su intención con el fin de que fueran tenidos en cuenta y convocados para las reuniones posteriores. Por su parte, las personas participantes asumieron el compromiso de difundir en sus ámbitos de influencia información acerca de la reunión, y de invitar a vincularse a la Red a otras personas e instituciones interesadas en la investigación de políticas y sistemas de salud.

El 23 de Junio de 2005, los participantes acordaron definir sus intereses y proyectos, considerando que sin resultados tangibles a corto plazo, la Red difícilmente podría salir adelante. Para el momento se identificaron algunos proyectos que podrían estar abiertos a la cooperación con otras agencias e instituciones, entre ellos.

1. Suicidio e indicadores macroeconómicos. Línea situación de salud FNSP. Rubén D Gómez- Fabio León Rodríguez. Este proyecto terminó y está en proceso de publicación.
2. Historias de inequidad. Línea Situación de Salud. Rubén Darío Gómez. Este proyecto que pretendía documentar las historias cotidianas que reflejan la inequidad, se archivó por falta de recursos.
3. Otros grupos vinculados al proyecto Gestión de Políticas Públicas y Salud GPPS vienen trabajando sus proyectos de investigación. Entre ellos el Análisis dinámico de la política de infancia, adelantado por la mesa de infancia con apoyo del Profesor Nelson Agudelo.

En su reunión del 15 de Septiembre, el objetivo central de la agenda fue la discusión del plan de acción y la definición de las actividades específicas a desarrollar en el trimestre octubre Diciembre 2004. Atendiendo a la inquietud del grupo, se realizó una discusión acerca de los elementos conceptuales del trabajo en red y se llevó a cabo un taller en grupo para analizar una propuesta de plan de acción.

El Nodo Antioquia ha centrado sus intereses en los siguientes aspectos:

1. La consolidación del marco conceptual de las políticas y los sistemas de salud.
2. El fomento del trabajo colaborativo desde los cursos de capacitación.
3. La búsqueda de sostenibilidad en el mediano plazo articulando sus actividades con las instituciones estatales y con grupos de investigación definidos.

4. El fomento del diálogo y el debate de los investigadores entre sí; producto de ello, es el documento de análisis sobre como abordar la investigación Salud Pública para el país bajo la normatividad vigente.
5. La contribución de una red interna que soporte la definición de una masa critica capaz de retroalimentar los procesos y que se mantenga informada y a la espera de debates permanentes acerca de las políticas públicas de la Región.
6. La generación de espacios donde los miembros de la red puedan compartir sus experiencias.
7. La aproximación a la mejor definición de las áreas temáticas prioritarias que requieran ser investigadas, de acuerdo con lo planteado por los objetivos del Milenio.
8. El fortalecimiento de liderazgos participativos que faciliten y motiven la visibilidad y el reconocimiento de las instituciones participantes.

El 5 de junio del 2007 el Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública, CEDETES, en alianza con la Secretaría Ejecutiva y la Coordinación del Nodo, desarrolló un taller regional para la reflexión y construcción de consensos en torno a lineamientos para una política de investigación en salud, con énfasis en salud pública para el país. Esta reunión, especialmente importante para el desarrollo del Nodo, hizo parte del Convenio No 267 de 2006 celebrado entre el Ministerio de Protección Social y la Universidad del Valle, a través del CEDETES, cuyo objeto es la “Formulación, desarrollo, concertación y difusión de lineamientos de política de investigación en salud, con énfasis en salud pública”. Para su construcción el CEDETES y la Red Nacional de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud han definido una alianza estratégica que permita recoger y avanzar en el trabajo realizado previamente -2005- por la Red para Colciencias en este sentido. Se definió como objetivo de la reunión “explorar y concertar lineamientos para la investigación en salud pública de acuerdo a los nuevos desafíos que plantea el actual contexto socio político, económico y cultural de Latinoamérica, Colombia y la región, así como la situación de la investigación en salud a nivel nacional y regional y el marco legislativo existente”. Los participantes se distribuyeron en cuatro mesas de trabajo y llegaron a las siguientes conclusiones:

- El término *Lineamiento de políticas para la investigación en salud* hace referencia a un conjunto de enunciados que deben orientar las prioridades y la asignación de recursos para la investigación en salud con énfasis en salud pública. Los lineamientos deben permitir mejorar el conocimiento actual sobre los principales problemas de salud y enfermedad en el país y aportar al proceso de toma de decisiones. Los lineamientos deben contribuir también al fortalecimiento de un sistema de gestión social del conocimiento en salud pública, que de razón de los mecanismos de organización, funcionamiento, circulación de los resultados de la investigación entre diferentes actores sociales (tomadores de decisiones, espacios de formación de recurso humano en salud y comunidades), usos de los mismos, procesos de evaluación del sistema y mecanismos de control social del mismo.
- Entre las principales dificultades y limitaciones para la investigación y desarrollo de la investigación en salud los participantes destacaron los siguientes:
 - “La investigación en salud pública en el país se ha desarrollado prioritariamente en la academia, espacio que privilegia la investigación tipo I (obedece más a los intereses de los investigadores que a las necesidades sociales, orientada a la publicación especializada más que a la difusión y uso del conocimiento, sin responsabilidad del investigador más allá que en los métodos y la “neutralidad” científica”) y que no ha logrado poner la investigación al uso de los ciudadanos.
 - Ha existido una pobre integración de los resultados de la investigación a los procesos de toma de decisiones en salud. Como causas el grupo ubica la falta de voluntad política de los diferentes actores, intereses divergentes entre investigadores y tomadores de decisiones, falta de

articulación de la investigación y los planes de desarrollo, las brechas entre los tiempos de la investigación y los tiempos para la toma de decisiones.

- No existe credibilidad, por parte de la sociedad, en la investigación y el aporte que está pueda realizar a la sociedad.
 - Se ha privilegiado un enfoque positivista, uni-disciplinar y no se ha formado una comunidad de investigadores en el país. Es necesario superar las falsas dicotomías entre lo cualitativo y lo cuantitativo, avanzar en el trabajo inter y transdisciplinario y en la construcción de conocimiento en red.
 - Se observa debilidad, por parte de COLCIENCIAS, para realizar una gestión del conocimiento en salud. El énfasis de la política se ha centrado en la asignación de los recursos más que en la administración del conocimiento para mejorar la realidad; persiste la disociación entre la investigación y los planes de desarrollo locales y nacionales; la toma de decisiones y asignación de recursos es centralizada.”
- La discusión sobre qué criterios deberían tenerse en cuenta para establecer prioridades de investigación en salud suscitó en el Nodo de Antioquia un debate inicial sobre la pertinencia de definir prioridades. El grupo consideró por consenso que no es pertinente, para una política de investigación en salud, definir prioridades de investigación a manera de listas, pues los problemas de salud enfermedad son dinámicos y varían de acuerdo a las particularidades locales y nacionales. Se plantea que lo pertinente es construir acuerdos alrededor de los criterios pertinentes para priorizar la investigación en salud pública.
- Los grupos propusieron algunas recomendaciones relacionadas con los lineamientos para la gestión de la investigación en salud:
 - Rectoría del sistema de investigación: El sistema de investigación en salud debe estar liderado y regulado por el Estado. Corresponde garantizar la articulación de la investigación en salud a los planes de desarrollo locales y nacional y visibilizar condicionantes y determinantes de la salud

Se deben incluir a todos los actores –prestadores, entidades territoriales, comunidades- en la definición de agendas para la investigación, que privilegien las necesidades locales y nacionales sobre las directrices internacionales.

- Operación del sistema: Se debe promover el fortalecimiento del trabajo en redes de investigación, estas redes deben ser abiertas, incluyentes, interdisciplinarias e incluir procesos de formación para jóvenes investigadores.

Para el desarrollo de procesos de investigación en salud se debe garantizar el acceso a la información –económica, RIPS, prestación de servicios- y promover la investigación operativa a través de la destinación de recursos en IPS, administradores de planes de beneficio y entidades territoriales.

De acuerdo con la naturaleza de los problemas a investigar, los procesos de investigación deben superar la dicotomía cualitativo/cuantitativo, involucrar a las comunidades en el proceso de investigación y garantizar que los resultados de investigación aporten a la definición de alternativas que mejoren las condiciones de salud y vida de las comunidades. Para ello es necesario valorar también productos diferentes a las publicaciones científicas en revistas indexadas. El grupo considera muy importante garantizar la formación de

competencias para la investigación y uso de los resultados a los diferentes actores, de manera que gane la sociedad en general en el marco de una sociedad del conocimiento.

- Difusión y uso de los resultados de investigación: El grupo consideró que se deben diseñar estrategias innovadoras que permitan adecuar los lenguajes para la discusión y uso de los resultados de investigación a los diferentes actores –tomadores de decisiones, instituciones formadoras de recurso humano en salud, comunidades, etc-
- Monitoreo y evaluación: se debe definir e implementar sistemas de evaluación sobre el impacto de la investigación en salud.

Finalmente en el taller se establecieron los siguientes compromisos:

- Devolver los resultados de esta reunión a los diferentes nodos para su debate y ampliación.
- Avanzar en las reuniones con los nodos de Manizales y Cali
- Ajustar las propuestas de manera que recojan la complejidad del debate.

Es de relatar el papel que en este nodo ha jugado la Dra. Eliana Martínez como su coordinadora, pues gracias a su actitud respetuosa y entusiasta, y a su capacidad de cabildeo ha logrado proyectar el nodo a múltiples áreas de la sociedad científica y política. En opinión de la coordinadora, el Nodo se enfrenta hoy a cinco grandes retos:

1. Sustener el trabajo cooperativo, interdisciplinario e interinstitucional que logre articular el uso compartido de recursos para la investigación. Y posicione la investigación en la agenda política.
2. Hacer efectivo el cabildeo ante organismos estatales y/o ONG y agencias internacionales para posicionar la investigación en la agenda política.
3. Garantizar la formación y capacitación continua de potenciales investigadores en relación con el asunto central de la red para posicionar la investigación en la agenda política.
4. Mantener los miembros de la red actualizados con fuentes de información y literatura relacionada con el tema. Que la red sea un consultor constante para la comunidad académica, gremial y demás.
5. Contribuir a la generación de una comunidad de pares cualificados en las organizaciones que permitan posicionar la red en las agendas políticas de la Región.

5.3 NODO BOGOTA

Funciona en Bogotá. Inicialmente fue coordinado por la Dra Luz Helena Sánchez investigadora de ASSALUD y desde 2006 por el Doctor Conrado Gómez, asesor del Congreso de la república en materia de salud.

La reunión de conformación del nodo de Bogotá, promovida por ASSALUD, se realizó en el salón Teusaquillo del Hotel Baviera. Participaron delegados de ASSALUD, la Universidad Javeriana, la Universidad del Rosario, la Universidad de los Andes, la Universidad Nacional, la Secretaría Distrital de Salud y el Instituto de Cancerología. Los participantes manifestaron su interés en la Red; consideraron que el nodo debería articularse como una Red de investigación más que de investigadores; insistieron en la importancia de la autonomía de los nodos; proponen que la Red produzca conocimientos que permitan transformar la situación nacional y ejercer un control social en las políticas que afectan la salud. Los participantes acordaron crear el nodo y desarrollarlo en los próximos días.

En su primera reunión, los participantes estuvieron de acuerdo en que:

- El trabajo en red es importante y vale la pena trabajar por consolidar el nodo de Bogota
- Se propenderá por una red de investigación y no exclusivamente de investigadores
- Será una red abierta (Instituciones, investigadores, tomadores de decisiones, financiadores, etc.)
- Se iniciará con los presentes en la reunión y se invitará a otros a participar.
- La Red no optará por posiciones políticas específicas y será independiente de las posiciones de sus miembros.
- Con relación al nombre y al gran objetivo:
 - El nombre se decidirá después (Bogota, Cundinamarca, Central, etc.)
 - Objetivos: Producir conocimiento
 - Compartir información
 - Actuar en la transformación social
 - Construir ciudadanía informada
 - Ejercer control social
 - Apoyar la formación de investigadores

En su reunión del 22 de Julio los participantes reafirmaron el sentido de autonomía frente a la Red Nacional tal y como se discutió en la última reunión de esta última. La Red debe ser una institución de segundo piso y por ende no entra en competencia con ninguno de los objetivos y proyectos de sus miembros individuales. La Red luchará por colocar en la agenda pública la situación de la investigación en el campo; buscará recursos; contribuirá a la formación de la política pública en salud; hará alianzas nacionales e internacionales para lograr sus objetivos; contribuirá a la circulación del debate sobre los temas que inciden en la salud; buscará cualificar a sus miembros mediante la capacitación y la concreción de estrategias de información y comunicación; hará una labor didáctica; estimulará la inclusión de la sociedad en la discusión y el apoyo a la investigación; y buscará estrategias de vinculación de la empresa privada, por ejemplo proponiendo incentivos. En 2005 el Nodo de Bogotá programó un curso de capacitación en investigación que fue bien evaluado por los participantes.

6 CONCLUSIONES

- En sus tres años de operación, la Red no solo ha logrado mantenerse sin una fuente estable de recursos, sino que ha realizado importantes logros en materia de cabildeo, capacitación, fundamentación metodológica y conceptual y organización de un trabajo en equipo.
- Entre los logros de la Red vale la pena destacar la construcción colectiva de un modelo conceptual y operativo dirigido a orientar la investigación en salud pública en el país, donde los nodos generaron ya un primer producto y vienen avanzando en su revisión. En el marco de estos lineamientos reviste especial importancia la propuesta de redimensionar la investigación hacia una Gestión Social del Conocimiento integrada a la toma de decisiones y basada en planes estratégicos más que en listados de temas prioritarios. En su planteamiento, los nodos han insistido también en promover investigaciones que den cuenta de la salud pública en sus tres dimensiones: como hecho público íntimamente relacionado con la calidad de la vida y con las condiciones de producción y reproducción social que determinan el proceso salud-enfermedad; como práctica social que se manifiesta en las políticas y los sistemas de servicios; y como discurso que da cuenta de la salud. La concertación de estos principios ha sido uno de los factores con mayor influencia integradora en los nodos de Antioquia y Eje Cafetero. Los nodos han mostrado asimismo sus fortalezas en la capacitación de recursos humanos intra y extra-sectoriales y han realizado varios cursos relacionados con a la gestión de proyectos de investigación que respondan a condiciones locales. La Red ha mostrado también avances en cabildeo; su participa-

ción hizo posible la discusión de la Ley 9ª y la elaboración de la propuesta de reforma y algunos nodos como el Eje Cafetero y Antioquia vienen ganando credibilidad en el ámbito regional. Los logros en materia de organización e investigación, no han avanzado al mismo ritmo, pero son comparativamente mejores que antes de iniciar el proyecto. Aunque algunos de los miembros de los nodos han publicado varios artículos relacionados con la política sanitaria en Colombia, estos estudios corresponden más a la dinámica individual de los investigadores que al trabajo articulado y aún no pueden presentarse como trabajos de la Red. En general se observa un gran interés en los miembros de la Red por promover un trabajo articulado en el campo de la investigación y la academia. Después de tres años de creación los nodos reconocen que, a pesar de los múltiples logros, falta mucho por hacer y que el proyecto aún debe consolidarse.

- Los participantes han resaltado la importancia de que la Red sea amplia e incluyente. Cada vez es más fuerte la convicción de que, si pretende superar la investigación Tipo I y avanzar en la gestión Social del Conocimiento, la Red debe dar cabida, no solo a investigadores sino también a tomadores de decisiones y a otras personas y grupos interesadas en la salud pública.
- Varios participantes han insistido en la conveniencia fundamentar la Red en una organización funcional (programas, proyectos y planes de desarrollo cooperativos) antes que en la organización estructural (estatutos), los cuales pueden trabajarse más adelante. Esta decisión ha facilitado la participación de varios investigadores y agencias que no hubieran podido hacerlo fácilmente en el marco de estructuras rígidas; pero ha contribuido también a la debilidad organizativa. A este respecto, el respaldo del Estado o de agencias no gubernamentales que respalden el proyecto podría contribuir en gran medida a la sostenibilidad y desarrollo de la red.
- Aunque el trabajo articulado es cada vez más aceptado en el ámbito internacional, la organización de una red como la que se ha venido planteando presenta cuatro retos fundamentales a corto plazo: el posicionamiento del conocimiento en un contexto nacional particularmente polarizado en materia de política social, la sostenibilidad de realizar un trabajo cooperativo cuando el entorno privilegia la competencia y la individualidad, la necesidad de acceder a recursos para investigar en salud pública cuando los recursos suelen derivarse a las ciencias básicas y clínicas, y el desarrollo de patrones de interacción que superen las formas disfuncionales de liderazgo (protagonismos, imposiciones, autoritarismos).

7 ANEXO 1 - LINEAMIENTOS DE POLÍTICA NACIONAL PARA LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA

RED COLOMBIANA DE INVESTIGACIÓN EN POLÍTICAS Y SISTEMAS DE SALUD



LINEAMIENTOS DE POLÍTICA NACIONAL

PARA LA GESTION DEL CONOCIMIENTO EN SALUD PUBLICA

ELABORADO PARA COLCIENCIAS

POR

***LA RED COLOMBIANA DE INVESTIGACIÓN
EN POLÍTICAS Y SISTEMAS DE SALUD***

Diciembre 17 de 2005



INDICE DE AUTORES
EN ORDEN ALFABETICO

Alba Lucía Vélez Arango
Enfermera. Magíster en Salud Pública
Abogada. Especialista en Derecho Comercial
Docente Departamento de Salud Pública
Universidad de Caldas
albalu@telecom.com.co

Amparo Vesga Sánchez
Enfermera Magíster en Salud Pública
Coordinadora Línea Investigación de Atención
Primaria y Promoción de la Salud. Universidad
Libre de Cali. Directora Fundación Social Salud
Holística
saludholistica@gmeil.com
Nodo Suroccidente

Ana Orfilia Martínez Ruiz
Nodo Antioquia
Enfermera magister en salud pública.
Gobernación de Antioquia.
Dirección Seccional de Salud de Antioquia
email: spromocion@gobant.gov.co

Andrés Alonso Agudelo Suárez
Nodo Antioquia
Odontólogo. Especialista en Administración de
Servicios de Salud.
Docente de la Facultad de Odontología.
Universidad de Antioquia.
agudeloandres@odontologia.udea.edu.co

Aurora Cano López Nodo Antioquia
Enfermera Magister en Salud Familiar.
Email: lyd@epm.net.co

Beatriz Perlaza
Nodo Sur Occidente
Berena Patricia Torres Marín
Nodo Antioquia
Antropóloga. Magíster en Salud Colectiva.
Docente Facultad de Enfermería
Universidad de Antioquia.
Email: berena@tone.udea.edu.co

Carlos Alfonso Osorio T
Médico Cirujano
Especialista en Salud Pública
Especialista en Medicina Familiar
Especialista en Salud Ocupacional
Director de la Escuela de Salud Pública
Universidad del Valle
cosoriot@univalle.edu.co

Carlos Arbeláez
Nodo Suroccidente

Carolina García Sánchez
Licenciada en Filosofía
Docente Departamento de Bellas Artes
Universidad de Caldas.
carolinags8@hotmail.com

Cecilia Realpe Delgado
Enfermera Especialista en Administración de
Servicios de Salud
Coordinadora Nodo Eje Cafetero
Docente Departamento de Salud Pública
Universidad de Caldas
ceciliarealped@yahoo.com

César Augusto Vásquez Lara
Antropólogo Magíster en Educación
Candidato a Doctor en Antropología
Docente Investigador Universidad Autónoma de
Manizales
cvasquez@autonoma.edu.co

Consuelo Vélez Alvarez
Enfermera Especialista en Epidemiología
Candidata a Doctora en Salud Pública
Coordinadora Departamento de Salud Pública
UAM
Coordinadora Red de Urgencias Secretaria de
Salud Pública de Manizales
cveleza@alcaldiamanizales.gov.co

Constanza Díaz Grajales
Enfermera Especialista en Gestión de Servicios de Salud. Coordinadora Extensión Centro para la Evaluación y el desarrollo de políticas y tecnología en salud pública CEDE- TES
cdiaz@cedetes.org.co
Nodo Suroccidente

Dora Cardona Rivas
Bacterióloga. Magíster en Microbiología, Magíster en Desarrollo Educativo y Social Aspirante a Doctora en Ciencias Sociales Docente Departamento de Salud Pública Universidad Autónoma de Manizales.
dcrivas@autonoma.edu.co

Doris Bonilla Morales
Química farmacéutica. Especialista en toxicología forense. Docente de la Facultad de Química Farmacéutica. Universidad de Antioquia.
mmedina@farmacia.udea.edu.co.ç
Nodo Antioquia

Doris Revelo Molano
Enfermera Magister em Salud Pública, Magister em Administración de Salud. Profesional Especializado Secretaría Departamental de Salud del Valle.
drevelo@valledelcauca.gov.co
Nodo Suroccidente

Edgar Augusto Salguero Peña
Odontólogo. Especialista en Epidemiología. Especialista Gerencia en Salud Pública Coordinador Vigilancia Epidemiológica Dirección Territorial de Salud de Caldas edgarsalguero4@hotmail.com

Edwin Rolando González Marulanda
Nodo Antioquia
Médico y cirujano. Docente de la Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia.
Email edwin@guajiros.udea.edu.co

Eliana Martínez Herrera
Coordinadora Nodo Antioquia
Odontóloga .especialista en Gerencia de la Salud Pública y Epidemiología.
Magíster en epidemiología.
Docente de las facultades de odontología de la universidad de Antioquia & de la Universidad Cooperativa de Colombia email.
Zenitram@cis.net.co

Emmanuel Nieto
Nodo Antioquia
Economista, Magíster en Epidemiología. Docente Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia.
Email: emmanuel@guajiros.udea.edu.co

Eugenia Nieto Murillo
Enfermera. Magíster en Educación y Desarrollo Social
Docente Departamento de Salud Pública Universidad Autónoma de Manizales
eunieto@autonoma.edu.co

Esperanza Arenas Hernández
Nodo Antioquia
Bacterióloga. Especialista en Alta Gerencia con énfasis en calidad.
Docente de la Escuela de Bacteriología y Laboratorio Clínico
Universidad de Antioquia.
email: espe@quimbaya.udea.edu.co

Fabio León Rodríguez Ospina
Nodo Antioquia
Gerente en sistemas de información.
Magister en Salud Pública.
Profesor Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia.
Email: firodri@guajiros.ude.edu.co

Guillermo Albornoz Ceballos
Contador Público. Magíster en Ciencias de la Organización. Profesor Ciencias de la Administración. Universidad del Valle.
gualborn@univalle.edu.co
Nodo Suroccidente

Harold Aldana Granobles
Contador Público. Magíster en Administración de Salud, Especialista en Auditoría de Salud, Coordinador Especialidad en Auditoría en salud. Director de proyectos de Auditoría e Interventoría. Escuela de Salud Pública.
Universidad del Valle
haldanagranobles@yahoo.com
Nodo Suroccidente

Herney Rengifo
Odontólogo.
Docente Unidad de Investigación del Colegio Odontológico Colombiano
Nodo Suroccidente

*Helmer Zapata
Nodo Suroccidente*

*Janeth Mosquera
Nodo Suroccidente*

*Jaime de Jesús García Loaiza
Médico. Especialista Administración de Servicios de Salud.
Gerente Clínica Villa Pilar.
ESE Rita Arango Alvarez Del Pino
jgarcia@sritaarango.gov.co*

*Jairo Franco Londoño
Médico. Especialista en Psiquiatría
Director Ejecutivo de la Asociación de Hospitales y Centros de Salud de Caldas
ahcsc@epm.net.co*

*Juan Leonel Giraldo Salazar
Nodo Antioquia
Educador. Magister en educación: orientación y consejería.
Docente de la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia.
Email: noel@epm.net.co*

*Jose Darío Hernández
Nodo Sur Occidente*

*Lacidez Arrieta Neira
Nodo Antioquia
Médico epidemiólogo.
Representante de la Asociación de Médicos Antioqueños. Asmedas.
Email: patlacho@epm.net.co*

*Lina María Grisales Franco
Nodo Antioquia
Bacterióloga, magíster en salud pública especialista en gerencia de laboratorios clínico
Docente de la Escuela de Bacteriología y Laboratorio Clínico
Universidad de Antioquia.
Email: lgrisales@udea.edu.co*

*Lucia Stella Tamayo Acevedo
Nodo Antioquia
Enfermera. Magíster en epidemiología.
Doctora en ciencias médicas.
Profesora Escuela de Bacteriología y Laboratorio Clínico. Universidad de Antioquia.
Email: ltamayo@catios.udea.edu.co*

*Maria Adielá Marín Blandón
Enfermera. Magíster en Salud Pública*

*Economista. Especialista en Biomatemáticas
Directora Departamento de Salud Pública. Universidad de Caldas
adielamarinblandon@hotmail.com*

*María Cecilia González Robledo
Odontóloga. Especialista en Epidemiología.
Magíster en Educación y Desarrollo Social
Docente Departamento de Salud Pública Universidad Autónoma de Manizales
mariacgonzalez@autonoma.edu.co*

*Maria Cristina Lesmes Duque
Medica Magíster en Salud Pública
Especialista en Gestión de la Salud Alta Gerencia
Mesa Mujer Salud y desarrollo
mclesmes@telesat.com.co
Nodo Suroccidente*

*María Eugenia Pico Merchán
Enfermera. Especialista en Salud Ocupacional
Docente Departamento de Salud Pública Universidad de Caldas
geniapico@yahoo.com*

*María Fernanda Tobar Blandón
Terapeuta Ocupacional. Auditor Semisenior de Auditoría en Servicios de Salud del Departamento del Valle. Estudiante de Maestría en Salud Pública. Escuela de Salud Pública. Universidad del Valle.
vmafertobar@yahoo.com
Nodo Suroccidente.*

*María Mercedes Medina Hurtado
Nodo Antioquia
Química farmacéutica. Docente de la Facultad de Química Farmacéutica.
Universidad de antioquia.
email: dbonilla@farmacia.udea.edu.co*

*Maria Victoria Benjumea Rincón
Nutricionista Dietista. Especialista en Economía Cafetera
Candidata a Doctora en Ciencias de la Salud
Jefe Centro de Investigaciones
Facultad de Ciencias para la Salud
Docente Departamento de Salud Pública
Universidad de Caldas
benjumea@yahoo.com*

*Mariela Narváez Marín
Psicóloga
Candidata a Doctora en Salud Pública*

*Docente Universidad de Manizales
maye1@telesat.com.co*

*Martha Lucía Cujíño Quintero
Enfermera. Magíster en Materno Infantil
Docente Departamento Materno Infantil Univer-
sidad de Caldas.
Lumac230@hotmail.com*

*Mónica Palacio Aguilera
Nodo Eje Cafetero*

*Ramón David Graciano
Nodo Antioquia
Médico especialista en salud ocupacional.
Representante de la Asociación de Médicos
Antioqueños. Asmedas.
Email: rgracianodavid@yahoo.es*

*Paula Cristina Bermúdez Jaramillo
Odontóloga magister en Administración de Sa-
lud. Profesora Unidad de Investigación y Secre-
taría académica.
Colegio Odontológico Colombiano. Sede Cali.
Nodo Suroccidente*

*Rubén Darío Gómez Arias
Médico. Magister en salud pública.
Docente Epidemiología Facultad Nacional de
Salud Pública. Universidad de Antioquia.*

*Candidato a doctor en Salud Pública por la Uni-
versidad de Alicante
rdgomez@guajiros.udea.edu.co
Nodo Antioquia*

*Sonia Pazmiño Acosta
Medica Especialista en Ginecología y Obstetri-
cia, Especialista en Administración de la Calidad
total y la productividad, Coordinadora del Comit-
té de investigaciones de la Asociación Vallecau-
cana de Obstetricia y Ginecología
sonia.col@telesat.com.co
Nodo Suroccidente*

*Sulay Rocío Echeverri Mejía
Fonoaudióloga. Magíster en Educación y Desa-
rrollo Comunitario.
Candidata a Doctora en Educación
Coordinadora de Investigaciones. Universidad
Católica de Manizales
sulayro@yahoo.com*

*William Velásquez Vélez
Nodo Antioquia
Psicólogo.
Proyecto Interinstitucional gestión de Políticas
Públicas y salud Facultad de Salud Pública.
Pediatria social. Facultad de Medicina. Universi-
dad de Antioquia*



PRESENTACION

El presente informe es un documento técnico dirigido a COLCIENCIAS, el Ministerio de Protección Social, los entes territoriales, los tomadores de decisión, instituciones y grupos dedicados a la investigación en salud, los investigadores y las instituciones formadoras del recurso humano en salud, cuyo objeto es establecer, para el país, lineamientos generales de orden técnico y administrativo, que faciliten el desarrollo científico y tecnológico en el campo de la salud pública y las políticas que la afectan.

El objetivo del documento es presentar, de forma articulada, principios y lineamientos propuestos por los miembros de la red, que orientarán la gestión del desarrollo científico y tecnológico en el campo de la salud pública y las políticas que inciden sobre ella.

El informe sistematiza, de manera sucinta, lineamientos y directrices dirigidas a optimizar la gestión del desarrollo científico y tecnológico en el campo de la salud pública y las políticas que inciden sobre ella.

El documento es un producto elaborado colectivamente por la red colombiana de Investigación en Políticas Públicas y Sistemas de Salud (RCIPPSS) y se estructuró con base en una tabla de contenido, cuyos apartes se distribuyeron entre los integrantes de la red según su interés y afinidad en la temática.

La responsabilidad de los capítulos se distribuyó por nodos; sin embargo los grupos introdujeron sus propias modificaciones y aportes. Esta variación hizo más difícil la edición del informe final pero permitió a los investigadores vinculados a los nodos, participar en la medida de sus intereses y posibilidades. Los integrantes de las comisiones designaron sus coordinadores y elaboraron su propia programación de acuerdo con las condiciones locales. Los borradores se sometieron progresivamente a discusiones de socialización. Cada grupo realizó una revisión bibliográfica y seleccionó ideas centrales para el capítulo. Los borradores iniciales no pretendían constituir un documento acabado, pero incluían contenidos que, a juicio de los integrantes, debían hacer parte del documento final. A este respecto se tomaron en cuenta documentos de COLCIENCIAS, de la Red de Investigaciones en Sistemas de Salud del Cono Sur, los lineamientos de la ONU, de la OPS, del Plan de Salud 2002-2006, las Metas del Milenio, el Informe 2005 del taller de expertos de COLCIENCIAS sobre Prioridades de Investigación, entre otros. Las experiencias locales constituyeron también una valiosa fuente de discusión. Las diferentes propuestas fueron sometidas a un trabajo de edición que reorganizó y articuló los contenidos, eliminó repeticiones y completó los vacíos. El borrador final se envió a los nodos para comentarios adicionales. Las y los coordinadores de los nodos realizaron una preedición del material y facilitarán este proceso de articulación.

La autoría del documento fue colectiva y se acordó desde el comienzo que los autores se relacionaran en orden alfabético. La edición final estuvo a cargo de la Secretaría Ejecutiva, de los (as) coordinadores (as) de los nodos y de la Dra. Beatriz González experta en el Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología.

El proceso de construcción procuró consultar las inquietudes y propuestas de los investigadores e instituciones que se desempeñan en el ámbito de las políticas públicas que afectan la salud. La participación de los investigadores de diferentes agencias estatales y privadas, y la posibilidad de discutir problemas comunes, constituyó un valor agregado muy importante. Sin embargo, la experiencia puso en evidencia la necesidad de consolidar y sostener estos espacios de articulación.

TABLA DE CONTENIDO

1	LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA SALUD: DEFINIENDO EL OBJETO DE LAS LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA SALUD: DEFINIENDO EL OBJETO DE LAS INVESTIGACIONES _____	3
1.1	LA SALUD PÚBLICA COMO OBJETO DE ESTUDIO. _____	3
1.1.1	La salud pública como práctica social. _____	3
1.1.2	La salud pública como saber regulado _____	2
1.1.3	La salud pública como hecho público. _____	3
1.2	LOS DETERMINANTES DE LA SALUD COMO OBJETO DE INVESTIGACION _____	5
1.2.1	Macrotendencias y salud _____	5
1.2.2	Cambios económicos y sociales _____	5
1.2.3	Pobreza y salud _____	6
1.2.4	Estilos de vida y salud _____	7
1.2.5	Medio ambiente y salud _____	8
1.3	FALTA MUCHO POR CONOCER... PERO HAY SUFICIENTE EVIDENCIA PARA ACTUAR _____	8
1.4	LA SALUD Y EL DESARROLLO SOCIAL: UNA INTERACCIÓN COMPLEJA QUE MERECE INVESTIGARSE _____	9
1.5	EL ESTADO Y LA SALUD PÚBLICA: MUCHAS OPINIONES POCAS EVIDENCIAS _____	10
1.6	LOS SISTEMAS DE SALUD COMO OBJETO DE INVESTIGACION _____	12
1.6.1	La noción de “sistema de servicios de salud”: distinguir la salud de los servicios. _____	13
1.6.2	Sistemas populares de atención. _____	13
1.6.3	Sistemas de beneficencia. _____	14
1.6.4	Sistemas de seguridad social _____	15
1.6.5	Sistemas estatales de salud. _____	15
1.6.6	Sistemas de atención privada o de libre mercado _____	16
1.6.7	Sistemas mixtos. _____	17
1.6.8	Los cambios al interior de los sistemas de salud _____	17
1.6.9	La investigación de los sistemas de servicios de salud _____	18
1.7	LAS POLITICAS PÚBLICAS COMO OBJETO DE INVESTIGACIÓN _____	21
1.7.1	La noción de política pública _____	21
1.7.2	Más allá de lo sectorial: las políticas públicas y la salud. _____	23
1.7.3	Las reformas en las políticas sanitarias _____	24
1.7.3.1	Reformas de primera generación _____	25
1.7.3.2	Reformas de segunda generación _____	25
1.7.4	El proceso de reforma sanitaria en Colombia _____	25
1.7.5	Otra vertiente de las reformas: las políticas internacionales de salud _____	27
1.7.6	La investigación de las políticas públicas _____	29
2	LA GESTION DEL CONOCIMIENTO Y LA SALUD PÚBLICA _____	41
2.1	LA CIENCIA: FACTOR CRITICO PARA EL DESARROLLO SOCIAL _____	41
2.2	LOS RETOS DE ADMINISTRAR UN CONOCIMIENTO QUE CAMBIA _____	43
2.3	QUE ES LA GESTION DEL CONOCIMIENTO _____	45
2.4	GESTION DEL CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA _____	48
2.5	LA GESTION DEL CONOCIMIENTO: FUNCION ESENCIAL EN SALUD PÚBLICA _____	49

2.6	<i>LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN EN EL CAMPO DE LA SALUD PÚBLICA Y LAS POLÍTICAS SANITARIAS EN EL PAÍS.</i>	50
2.6.1	Salud, desarrollo y sociedad	50
2.6.2	Salud y políticas públicas	50
2.6.3	Salud y escenarios	51
2.6.4	Salud y ambiente	51
2.6.5	Sistemas y servicios de salud.	52
2.6.6	Hechos y eventos prioritarios en salud pública.	52
2.6.7	Innovación y desarrollo de recursos humanos para la salud.	52
2.6.8	Investigación evaluativa en salud pública.	52
2.7	<i>EJES TRANSVERSALES</i>	54
2.7.1	La integralidad de la salud pública	54
2.7.2	Equidad	54
2.7.3	Género	54
2.7.4	Participación ciudadana	55
2.8	<i>DIVULGACIÓN Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO. LA INVESTIGACIÓN EN SALUD COMO INSUMO PARA LA DEFINICIÓN DE POLÍTICAS.</i>	55
2.9	<i>MODELOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA, POLÍTICAS Y SISTEMAS DE SALUD</i>	56
2.10	<i>LA INVESTIGACION Y LA TOMA DE DECISIONES</i>	58
2.11	<i>MEJORANDO LA UTILIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO</i>	58
2.12	<i>TENDENCIAS DE LA INVESTIGACION EN SALUD PÚBLICA</i>	59
2.12.1	Salud pública basada en la evidencia	59
2.12.2	Investigación para la salud pública basada en la evidencia	59
2.12.3	Técnicas sugeridas para la investigación en salud pública basada en la evidencia	61
2.12.4	Lógica de la intervención basada en la evidencia	61
2.12.5	Los supuestos y la investigación	62
2.12.6	El aporte de los enfoques cualitativos	62
2.13	<i>LA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA: UN PROCESO INCIPIENTE</i>	63
2.14	<i>INICIATIVAS PARA PROMOVER LA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA</i>	65
2.15	<i>FACTORES CONDICIONANTES DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA Y SUS POLÍTICAS</i>	68
2.16	<i>INVESTIGACION EN SALUD PÚBLICA: LINEAMIENTOS INTERNACIONALES</i>	69
2.17	<i>LINEAMIENTOS PARA EL DESARROLLO CIENTÍFICO Y TECNOLÓGICO EN SALUD PÚBLICA</i>	70
2.18	<i>UN COMPONENTE CRÍTICO DE TODO SISTEMA DE SALUD SON LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN.</i>	72
2.19	<i>METODOLOGÍAS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA</i>	72
3	PRINCIPIOS LEGALES, ÉTICOS Y FILOSÓFICOS DEL DESARROLLO TECNOLÓGICO Y CIENTÍFICO EN EL CAMPO DE LA SALUD PÚBLICA Y LAS POLÍTICAS SANITARIAS	79
3.1	<i>LOS PRINCIPIOS ETICOS DE LA INVESTIGACION</i>	79
3.2	<i>LA ETICA EN LA INVESTIGACION EN SALUD PÚBLICA</i>	79

4	LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS PARA EL DESARROLLO TECNOLÓGICO Y CIENTÍFICO EN EL CAMPO DE LA SALUD PÚBLICA Y LAS POLÍTICAS SANITARIAS	87
4.1	<i>EL PROBLEMA</i>	87
4.2	<i>FORMACION DEL RECURSO HUMANO EN INVESTIGACION</i>	91
4.2.1	Problemas relacionados con el proceso formativo	91
4.2.2	Procesos educativos y pedagógicos	92
4.2.3	El recurso humano en salud y su relación con la investigación	93
4.2.4	Desarrollo de la competencia en gestión del conocimiento	95
4.2.5	Formación en metodologías de investigación	95
4.3	<i>ESTRUCTURACION DE GRUPOS DE INVESTIGACION, GESTION DE LOS GRUPOS, CONFORMACION Y GESTION DE REDES.</i>	96
4.4	<i>LOS RECURSOS PARA LA GESTION DEL CONOCIMIENTO EN LATINOAMERICANA Y EL CARIBE</i>	97
4.5	<i>ÁMBITO COLOMBIANO</i>	98
5	LA GESTION DEL CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA: EL CONTEXTO COLOMBIANO	79
5.1	<i>INTRODUCCION</i>	79
5.2	<i>ANTECEDENTES</i>	80
5.3	<i>DE LA PERTINENCIA DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA</i>	82
5.4	<i>SISTEMA NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA</i>	89
5.5	<i>PLANES ESTRATÉGICOS DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA DE LA SALUD: LINEAMIENTOS</i>	95
5.5.1	Plan estratégico 1999-2004 COLCIENCIAS	95
5.5.2	Evaluación de la situación de la investigación de salud en Colombia: Hacia el plan estratégico 2005 – 2009	98
5.5.3	Líneas de acción propuestas en el Plan Estratégico 1999-2004.	101
5.6	<i>FACTORES CONDICIONANTES DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA Y POLÍTICAS SANITARIAS EN COLOMBIA</i>	101
5.7	<i>PROGRAMA NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA DE LA SALUD</i>	105
5.8	<i>CAMBIO DE PARADIGMA Y CONSOLIDACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA DE LA SALUD.</i>	105
5.9	<i>CONTEXTO DETERMINANTE DEL QUEHACER DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA Y DEL CAMBIO DE PARADIGMA</i>	106
5.10	<i>A MANERA DE CONCLUSION</i>	108
6	LINEAMIENTOS PARA LA GESTION DEL CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA	141
6.1	<i>MEJORAR LA GESTION DEL CONOCIMIENTO EN SALUD: UNA PREOCUPACION GLOBAL</i>	141
6.2	<i>FIJANDO LAS PRIORIDADES DE LA GESTION DEL CONOCIMIENTO EN SALUD PUBLICA.</i>	143
6.3	<i>CRITERIOS DE PRIORIZACION PARA LA INVESTIGACION EN SALUD PÚBLICA</i>	144
6.4	<i>PRIORIDADES PARA LA AGENDA DE INVESTIGACION EN SALUD PÚBLICA AL NIVEL MUNDIAL</i>	145
6.5	<i>PRIORIDADES PARA LA AGENDA DE INVESTIGACION EN SALUD PÚBLICA DE COLOMBIA (2005)</i>	145

7	FUNDAMENTOS DE UN SISTEMA DE GESTION DEL CONOCIMIENTO PARA LA SALUD PUBLICA PARA COLOMBIA	165
7.1	<i>Definición</i>	165
7.2	<i>Finalidad de la investigación en políticas públicas y sistemas de salud</i>	165
7.3	<i>Objeto del conocimiento en políticas públicas y sistemas de salud</i>	165
7.4	<i>La salud de la población como hecho público:</i>	165
7.5	<i>La salud publica como práctica social (respuesta social)</i>	166
7.6	<i>La salud pública como discurso.</i>	166
7.7	<i>Objetivos del desarrollo tecnológico y científico en el campo de la salud pública y las políticas sanitarias</i>	166
7.8	<i>Producto de la investigación en políticas públicas y sistemas de salud</i>	166
7.9	<i>Estrategias del SNDCTS</i>	167
7.10	<i>Promover la integración funcional en tres dimensiones</i>	167
7.11	<i>Gestión del recurso humano del conocimiento en políticas públicas y sistemas de salud</i>	167
7.12	<i>La condición de investigador</i>	167
7.13	<i>Formación de investigadores</i>	167
7.14	<i>Gestión de los grupos de investigación</i>	167
7.15	<i>Gestión de las redes</i>	168
7.16	<i>Gestión de la tecnología.</i>	168



*LA GESTION DEL CONOCIMIENTO
Y LA SALUD*

CAPITULO 1

*DEFINIENDO EL OBJETO
DE LAS INVESTIGACIONES*



1 LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA SALUD: DEFINIENDO EL OBJETO DE LAS LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA SALUD: DEFINIENDO EL OBJETO DE LAS INVESTIGACIONES

1.1 LA SALUD PÚBLICA COMO OBJETO DE ESTUDIO.

La investigación en salud pública debe esforzarse por delimitar su objeto de estudio.

Como la mayoría de los conceptos, el de “salud pública” ha experimentado variaciones a lo largo de la historia. (1-3) La noción de salud pública utilizada hoy en casi todos los países, es el producto en permanente cambio de una construcción social polisémica compleja, aplicada como mínimo con tres significados diferentes, cada uno de los cuales puede ser objeto de investigación, y que se refieren: 1) a una práctica social (las acciones de salud pública), 2) a un saber regulado (la disciplina de la salud pública) y 3) a una situación social (la salud de la gente). (1) Las tres nociones han sido acogidas por técnicos y políticos en casi todo el mundo (4-8) en el marco de situaciones históricas particulares y se han asimilado a modelos ideológicos de comprensión y organización de la sociedad donde coexisten y con frecuencia se refuerzan mutuamente, con la función de soportar formalmente las políticas que orientan la gestión de la salud.(1)

1.1.1 La salud pública como práctica social.

Hasta fines del siglo XIV, es posible documentar en diferentes sociedades, experiencias relacionadas con la higiene pública y el control sanitario de riesgos y enfermedades colectivas. Estas prácticas, sin embargo, no respondían a la concepción de salud pública que se maneja hoy en el mundo.

La noción de “salud pública” como práctica de las sociedades y sus gobiernos, es una concepción moderna y tuvo su origen en Europa durante los siglos XVI y XVII, cuando el desarrollo de la producción, especialmente fabril, trajo consigo una mayor generación de riqueza a expensas de la sobreexplotación de la fuerza de trabajo, y niveles crecientes de privación para extensos grupos poblacionales particularmente de mujeres y niños.(1) En su afán por maximizar las utilidades, la ideología de los estados modernos europeos se vio obligada a centrar su interés en los nexos que existían entre la producción económica, la salud de la población y sus condiciones de vida material, pues dichas condiciones se reflejaban en el perfil de las enfermedades, incapacidades, defunciones e invalidez de la población y amenazaban la producción económica y la seguridad de los Estados. La salud de los trabajadores y los soldados se convirtió en un problema de Estado y las potencias europeas de la época impulsaron el desarrollo de la “salud pública” como un aparato estatal dirigido a mantener la salud, garantizar la reproducción de la mano de obra y mantener el orden social requerido por el modelo económico.

En los Estados liberales del siglo XIX, como Estados Unidos e Inglaterra, la noción de salud pública se utilizó para referirse a la responsabilidad estatal sobre la salud de las poblaciones. Esta concepción implicaba establecer una clara diferencia entre la salud de los individuos, que se consideraba un problema privado, de la salud colectiva que podía amenazar el orden social y que constituía la responsabilidad del Estado. Inspiradas en este enfoque, las acciones de la salud pública se limitaron a la provisión de servicios básicos de higiene, la protección de las mujeres y los niños y el control de las epidemias.

A fines del siglo XIX, el liberalismo manchesteriano y sus políticas de corte asistencialista, dieron paso a una acción más directa del sector público en materia de salud. Estas nuevas ten-

dencias fueron el fruto, no sólo de las presiones de los movimientos sociales a favor del reconocimiento de derechos de ciudadanía, sino también de los avances del pensamiento en salud pública y en ciencias sociales.

En los regímenes socialistas del siglo XX la salud pública se configuró como un sistema estatal dirigido a garantizar la salud como derecho de las personas y como factor esencial para el desarrollo social; por esta razón la gestión de la salud formaba parte de los planes de desarrollo. En los regímenes capitalistas predominó hasta mediados del siglo XX la concepción bienestarista del modelo keynesiano que reconocía la responsabilidad del Estado por la atención sanitaria de la población y se realizaba a través de la oferta estatal de servicios. Desde la década de los 80 el desarrollo del modelo neoliberal profundizó la concepción liberal de la salud pública separándola de la salud individual; la salud pública como aparato estatal se centró en el control de aquellas condiciones requeridas para garantizar el orden económico y la atención de las personas se separó de la salud para configurar un mercado de servicios.

La salud pública, como práctica social dirigida a intervenir en las poblaciones el proceso salud – enfermedad y sus determinantes, se expresa en el diseño y en la puesta en marcha de los sistemas de servicios y de las políticas públicas, fenómenos que pueden ser objeto de investigación. La investigación en salud pública puede dirigirse, en consecuencia, al estudio, comprensión y valoración de los sistemas de servicios y de las políticas que afectan la salud, como uno de sus frentes específicos.

1.1.2 La salud pública como saber regulado

El término “salud pública” se refiere también a un campo del conocimiento.⁽¹⁾ En su calidad de saber sistematizado, la salud pública tuvo su origen en el seno de la medicina y su interés ha estado ligado durante mucho tiempo a la enfermedad orgánica, categoría desde la cual se definía y atendía la salud, tanto en el campo individual como colectivo. Tal como ocurre en las demás ciencias y formas de conciencia social, el discurso de los salubristas ha estado

impregnado por las concepciones ideológicas de su época, que se van imponiendo como reglas de pensamiento. Es por eso que la “teoría de la salud pública” se comporta en gran parte como otros contenidos ideológicos, donde se expresan los intereses imperantes y donde aparecen también contenidos emergentes.

Un análisis del discurso generado desde la salud pública como saber permite identificar tres tipos de contenidos: conocimientos científicos, aplicaciones tecnológicas y lineamientos técnico-políticos. Los conocimientos generados desde la metodología científica, explican el comportamiento del proceso salud enfermedad y de sus determinantes. Las aplicaciones tecnológicas desarrolladas en el seno de la salud pública se fundamentan en los conocimientos científicos y en el análisis de experiencias, y se refieren a la gestión de los servicios y al control de los determinantes. Finalmente, los lineamientos técnico-políticos suelen ser el reflejo de consensos, basados también en conocimientos científicos, en el análisis de experiencias y en el reconocimiento de necesidades prioritarias. En todos los casos, el conocimiento generado y aplicado en el seno de la salud pública se integra y compite con los demás conocimientos, tecnologías e intereses que predominan en el grupo en un momento dado, hecho que explica parcialmente la diferencia de contenidos conceptuales e ideológicos al interior de la disciplina.

Desde mediados del siglo XX los enfoques multicausales han obligado al discurso de la salud pública a trascender el conocimiento médico occidental y abrirse a otros saberes y disciplinas. La apertura conceptual que continúa hasta el presente ha sido un proceso complejo y tortuoso que con frecuencia ha llevado a la salud pública a callejones sin salida y a contradicciones con otras concepciones y prácticas sociales, y le ha permitido dinamizar su discurso y avanzar en propuestas de mejoramiento humano. Simplificando al máximo la situación, puede decirse que la mayoría de los enfoques que inspiraron el discurso de la salud pública hasta el siglo XX son juzgados hoy como patocétricos, medicalizados, unicausales y mecanicistas. Desde mediados del siglo XX se vienen imponiendo en el mundo concepciones más holísticas e integrales, que consideran la salud como una construcción social, íntimamente relacionada con las condiciones de vida, la valoración de la calidad de la vida y el desarrollo de la sociedad. Estas

concepciones se reflejan en la definición de salud de la OMS y en los postulados de la Meta Salud para todos en el año 2000, la Declaración de Alma Ata, la Carta de Ottawa y las Conferencias internacionales de Promoción de la Salud.

La salud pública configura un ámbito de conocimiento, cuyo lenguaje, asuntos centrales, enfoques, métodos, coherencia como discurso, devenir histórico y compromisos conceptuales, ideológicos, éticos y políticos con otros saberes, pueden ser igualmente objeto de investigación.

1.1.3 La salud pública como hecho público.

El término “salud pública” se refiere también a un hecho que ocurre en la gente, el cual es asumido de manera diferente por todas las sociedades.(1) La historia ha documentado múltiples concepciones de lo que las sociedades ha entendido y valorado en términos de salud pública. La forma como la gente entiende y atiende su salud está profundamente relacionada con los procesos de producción y reproducción de los vínculos, relaciones y sistemas sociales, y con los recursos conceptuales e ideológicos disponibles por el grupo social para valorar su situación. Por esta razón, el análisis de las formas en que la sociedad identifica, describe y denomina, percibe y maneja sus problemas de salud debe hacerse desde una ciencia interpretativa, capaz de develar los significados de lo que los grupos humanos han construido históricamente como manifestaciones de su salud (9).

La mayoría de los enfoques que dan cuenta de la salud pública, han estado ligados esencialmente a la enfermedad y la muerte. Por salud pública se entendió durante mucho tiempo en Europa y América, lo que tiene que ver con las enfermedades y defunciones que afectan de manera prioritaria al colectivo. A mediados del siglo XX, los avances en el conocimiento de la historia natural y social de las enfermedades obligaron a los técnicos a superar el límite teórico de las dolencias y a impulsar cambios en la noción de salud presentándola como una experiencia humana integral de satisfacción y disfrute de la vida, que no se agota en la enfermedad, y que compromete, de forma indisoluble, las dimensiones orgánica, psíquica, cultural, social y

ambiental de las personas y de las poblaciones. Progresivamente se abrió paso la idea de que la salud es una construcción social profundamente relacionada con múltiples condiciones ambientales, biológicas y sociales, que se articulan de forma dinámica en cada momento de la historia y cuyo valor como bien de interés público varía también en diferentes momentos. El hecho de que las personas vivan más, puedan trabajar y consumir y estén exentas de dolencias que perturben el orden social, se reconoce progresivamente en los países occidentales como un factor esencial del crecimiento y el desarrollo socioeconómico.

El desarrollo del concepto no ha sido homogéneo. Se admite sin dificultad que la buena salud de la población permite reducir las pérdidas de productividad que se derivan de los procesos mórbidos y las defunciones prematuras. Más difícil ha sido aceptar que la salud no es solo un factor de crecimiento económico, sino un derecho esencial en las condiciones de vida y una condición para la sostenibilidad de cualquier ordenamiento social.

Otra de las fronteras de la noción de salud como hecho público radica en el significado que cada sociedad asigna a la noción de lo público. Desde principios del siglo XXI, varios pensadores vienen proponiendo una noción de salud pública reconceptualizada en dos dimensiones, desde lo público y desde los derechos fundamentales. Según estos planteamientos, la salud de los individuos y las colectividades es un derecho fundamental inherente al ser humano, deseable por todo ser humano y en esta medida asunto de interés público. La concepción de la salud como **derecho esencial** se refiere al conjunto de prerrogativas inherentes al ser humano, relacionadas con el disfrute de un bienestar físico, psíquico, social y ambiental, básico para la vida, la interacción, la producción y el desarrollo social. El disfrute de estas condiciones es reconocido en varios países como un derecho esencial del ser humano, que implica a su vez deberes individuales y colectivos dirigidos a su promoción, protección, conservación, mejoramiento y recuperación.

Cada elemento que se introduce en el debate genera nuevos retos y desarrollos conceptuales. En la medida en que la salud de las personas y de los colectivos humanos se reconoce como un

derecho esencial, indispensable para el crecimiento económico, el desarrollo y la seguridad social, se hace más necesario asumirla como un bien de interés público, postura que conlleva por parte de las personas, los grupos y las instituciones estatales y privadas, el deber de promoverla, protegerla, conservarla, mejorarla, y propender por su recuperación, tanto para las generaciones presentes como para las futuras. De esta argumentación se derivan otras consecuencias. Al reconocer la salud de las personas como bien de interés público, se concluye que la protección de la salud pública prima sobre los intereses individuales, argumento especialmente controversial en los países anglosajones donde la concepción de individualidad se ha desarrollado con mucha fuerza como componente de la modernidad.

Las corrientes que desarrollan la noción holística de salud como construcción social suelen apoyarse en los principios de la ética y la jurisprudencia, en las ciencias sociales y en la evidencia científica creciente que resalta la estrecha relación que existe entre las condiciones de vida, especialmente las condiciones económicas y materiales, y la calidad de la vida, las enfermedades y las defunciones que se dan en la población. La relación de determinación es mutua: de las condiciones de vida y desarrollo a la salud y a la inversa. Desde estas perspectivas, la promoción, protección, conservación, mejoramiento y recuperación de la salud de las personas y las colectividades, se reconocen como un requisito esencial e insalvable para mantener la cohesión y garantizar el desarrollo de toda organización social y como tal en una finalidad fundamental e ineludible del Estado, cuya materialización debe expresarse en el ejercicio de las funciones públicas, la garantía de los servicios públicos y la inversión en el fomento y desarrollo económico y social.

A partir de estos enfoques, las nociones tradicionales de salud y enfermedad, formuladas desde la medicina adquieren una nueva dimensión mucho más fuerte e integral, y obligan a la sociedad a entender y atender la salud pública no solo como patologías, traumatismos, defunciones y desgastes intervenibles desde los servicios médico-asistenciales, sino como categorías más amplias que articulan el proceso vital a nuevas nociones como la calidad de la vida y el desarrollo social, cuyos determinantes requieren

acciones inspiradas desde la política, el derecho y la economía.

En su carácter de proceso social de interés general, la salud pública se expresa, de múltiples maneras, en el conjunto de carencias y potencialidades que caracterizan el desarrollo social de una población y en el sistema de condiciones de vida que determinan la dinámica de estas necesidades. Dichos procesos configuran un ámbito de investigación, donde los estudios pueden estar dirigidos a describir, comprender y explicar la estructura, origen y dinámica, tanto de las necesidades que inciden en la salud como de sus determinantes. Las carencias se manifiestan en los riesgos, enfermedades, desgastes, traumatismos, defunciones, discapacidades. Las potencialidades se manifiestan en la calidad y cantidad de vida, en el aprovechamiento de las oportunidades, y en el grado de realización de necesidades como la autonomía, la participación, la creatividad, la seguridad, el conocimiento, la producción, la comunicación, el ocio y el afecto. La investigación en salud pública debe también ocuparse del estudio de las condiciones de vida en su condición de determinantes; ello implica dar cuenta no solo de las características del ambiente (agua, aire, suelo, clima, hábitat), sino también de los procesos de producción y reproducción social (condiciones de trabajo, relaciones de producción, concentración y distribución de los recursos, sistema político, sistema jurídico, sistema de servicios, educación, cultura, organización social) y, específicamente, de la manera como estos eventos determinan la salud.

1.2 LOS DETERMINANTES DE LA SALUD COMO OBJETO DE INVESTIGACION

Si los investigadores quieren hacer un aporte a la salud pública no pueden desconocer el conjunto de procesos ambientales y sociales que determinan la salud de las personas y los grupos humanos.

1.2.1 Macrotendencias y salud

Las grandes macrotendencias que operan desde el entorno actúan como determinantes de la salud y constituyen nuevos retos para la investigación, no sólo referidas a problemas de salud-enfermedad, sino a la organización de los servicios de salud, y a las estrategias para acercar estos servicios a la población que los necesita.

Entre las macrotendencias que más pueden influir sobre la salud figuran:

- Los cambios demográficos en la esperanza de vida, la natalidad y la mortalidad, que algunos autores denominan “transición demográfica”. En nuestros países se caracteriza por el envejecimiento de la población y la disminución de la población infantil, estos procesos implican cambios en el perfil de la enfermedad y en la demanda de los servicios de salud.
- Los cambios epidemiológicos que sustituyen las enfermedades infecciosas por los traumas y las enfermedades crónicas, y que algunos denominan “transición epidemiológica”. En parte condicionados por los cambios demográficos, los cambios en los perfiles epidemiológicos han sido en América latina más lentos y polarizados que en los países industrializados.
- Los cambios tecnológicos en las ciencias de la salud que generan nuevos servicios y nuevas necesidades de investigación.

- La globalización de las economías y de la cultura que desplaza las condiciones particulares de los grupos humanos e impone en el mundo modelos únicos y pensamientos uniformes, algunos de los cuales, especialmente los relacionados con procesos productivos y patrones de consumo, constituyen riesgos para la salud.
- Los cambios en el medio ambiente, la contaminación, deforestación, desertización y sobre explotación de los recursos, son causas de nuevas demandas y problemas que requieren respuestas de los sistemas de salud.

En la investigación en salud asistimos a un cambio de paradigma. El nuevo paradigma de salud enfermedad, afirma la multicausalidad del fenómeno, y reconoce la importancia de establecer objetivos de salud focalizados a distintos sectores, ampliándose así el ámbito de las políticas públicas. En cuanto a la formulación de políticas y el desarrollo de programas las últimas tendencias en salud pública hacen énfasis en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y las políticas multisectoriales.

1.2.2 Cambios económicos y sociales

Las cifras entregadas en recientes informes sobre la pobreza y desarrollo humano en Colombia, son indicativas del deterioro de la calidad de vida, por lo tanto, de la salud

En el 2003 la población por debajo de la línea de pobreza fue de 64.2%, según datos de la Contraloría, de 66.2% según estudios de la Universidad Nacional y de 66.1% según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE.(10) Sin embargo, hay desconocimiento de las dimensiones de la pobreza y del subdesarrollo y su relación con los problemas de salud. Por otra parte, la violencia pasó a ser la primera causa de mortalidad a partir de los años 80; en el 2001 la tasa de homicidios fue de 64 por cada 100.000 habitantes, casi tres veces por encima del promedio mundial; y como resultado de ésta, el desplazamiento forzado que genera múltiples problemáticas dentro de las cuales lo relaciona-

do con la salud juega un papel importante. El desempleo disminuyó pero a costa del subempleo.

La estructura de la mortalidad muestra que las enfermedades crónicas no transmisibles representan el 59% de las muertes, son producidas en su mayoría por enfermedades cardiovasculares, seguidas de las producidas por tumores y las enfermedades infecciosas transmisibles.

La salud de los niños se ha afectado, lo cual se refleja en el estado nutricional y las tasas de vacunación: 6.7% de los menores de 5 años con desnutrición global, el 13.5% con desnutrición crónica y el 0.8% con desnutrición aguda. La IRA y la EDA siguen siendo las primeras causas de morbilidad en este grupo de edad.

La salud de los adolescentes se deteriora cada día más por problemas que no han sido lo suficientemente intervenidos con el concurso de diferentes sectores y la falta de un trabajo interdisciplinario. El 69% de las muertes de los jóvenes hombres entre 15 y 19 años se deben a la violencia; el alcohol y la marihuana siguen siendo las drogas más consumidas, el 15% de los consumidores de alcohol y el 6.8% de consumidores de cigarrillos son menores de 18 años; la incidencia de infecciones de transmisión sexual y VIH/ SIDA se incrementa; el embarazo en las adolescentes pasó del 13% en 1990 al 17% en 1995 y 19% en 2000 y, el 25% de los abortos que se practica en Colombia, corresponden a este grupo poblacional, con el incremento de este problema, se mantiene o empeora la mortalidad materna, perinatal y neonatal. Otros problemas sociales como la violencia intrafamiliar sexual y de género, el maltrato infantil, el uso de sustancias psicoactivas, la prostitución infantil, la prostitución de la madre adolescente, están relacionados con la salud sexual y reproductiva de la gente joven. (11)

En la población de 20 a 59 años, se aumentó la carga de la enfermedad, especialmente en hombres, lo que se atribuye al incremento de homicidios y del SIDA. Los principales problemas del adulto mayor de 60 años, para ambos sexos, se centran en las cardiopatías isquémicas, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la diabetes mellitus y las neoplasias.

Uno de los problemas que más afecta la salud familiar es la violencia al interior del hogar.

La salud de los trabajadores se afecta permanentemente por la exposición a riesgos, por la falta de condiciones de salud laboral. El subregistro, la falta de programas, la superposición de competencias, la ausencia de recurso humano capacitado, dificultan el logro de un mayor nivel de salud ocupacional.

Los procesos de reforma del sector de la salud, Ley 10 de 1990, ley 60 de 1993, ley 100 de 1993, ley 715 de 2001 y ley 789 de 2002 se han centrado en los cambios estructurales, financieros, organización de los sistemas de salud y ajuste a la prestación de los servicios de salud. El propósito de estas reformas era reducir las desigualdades en las condiciones sanitarias y en el acceso a los servicios, la protección social, el aumento en la eficiencia y la calidad de las intervenciones. Sin embargo hoy, alrededor de 14 millones de colombianos carecen de aseguramiento; persisten dos planes obligatorios de salud: POS y POSs, cuando la meta era unificarlos gradualmente; la baja calidad de los servicios es innegable; el gasto de dinero de bolsillo de los colombianos para acceder a los servicios de salud aumenta día a día a pesar de que nunca antes había crecido tanto el gasto total en salud. En términos reales creció el 39% entre 1994 y 2000, (Conpes 3204); se originó la crisis de la Red Hospitalaria que atiende aproximadamente el 50% de la población, las aseguradoras: EPS y ARS se beneficiaron a costa de las condiciones laborales de los trabajadores y de la reducción de servicios a los usuarios; la salud pública en general sufrió un grave retroceso.

1.2.3 Pobreza y salud

El Informe *Invirtiendo en Salud: En Pro del Desarrollo Económico*, elaborado por la Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la Organización Mundial de la Salud, reconoce que la necesidad de actuar sobre la pobreza para mejorar la salud pública: “Son muchas las razones del aumento de la carga de morbilidad entre los pobres. En primer lugar, este segmento de la población es mucho más vulnerable a la enfermedad, debido a la falta de acceso a agua salubre, al saneamiento, viviendas seguras, a la atención médica, a la información sobre conductas preventivas y a una alimentación suficiente.

En segundo lugar, es mucho menos probable que los pobres soliciten atención médica, incluso cuando la necesitan con urgencia, porque suelen encontrarse más alejados de los servicios de salud, carecen del efectivo necesario para cubrir los gastos de salud y desconocen la mejor manera de reaccionar ante un episodio de enfermedad. En tercer lugar, los gastos en efectivo ocasionados por las enfermedades graves pueden condenarlos a una trampa de pobreza de la que no se recuperan, porque los obliga a endeudarse, o bien a vender o hipotecar sus bienes productivos (la tierra). Una enfermedad grave puede sumir a una familia a un empobrecimiento prolongado que se extienda incluso hasta la generación siguiente, ya que los niños se ven obligados a abandonar la escuela e incorporarse a la fuerza de trabajo”.

Si embargo, también se reconoce que los adelantos en salud impulsan el nivel de ingresos del individuo, aumentan su capacidad de estudiar y las posibilidades de producción de la familia y; mejoran considerablemente el bienestar en términos psicológicos tanto del individuo, como de la familia. Las estimaciones indican que las inversiones en la salud rinden a menudo las mayores tasas de rentabilidad frente a otras inversiones públicas.

La pobreza es un problema en aumento en el mundo, especialmente en los países no industrializados, a pesar de que hoy existen los conocimientos y los medios como para revertirla o, por lo menos, para evitar sus efectos más devastadores. Los autores en general coinciden en reconocer a la pobreza dos dimensiones: la insuficiencia de ingresos y la insatisfacción de necesidades básicas en que aquella redonda. Algunos agregan una tercera dimensión: la marginalidad o exclusión social de los individuos o familias pobres.

Los problemas vinculados a la pobreza son muy variados, y su estudio demanda enfoques multidisciplinarios, que incluyan el aporte de ciencias sociales como economía, antropología, sociología, epidemiología, psicología y ciencias políticas. La investigación requiere profundizar en el conocimiento de la estructura y dinámica de la pobreza, superando los enfoques tradicionales que consideran a “los pobres” como una categoría homogénea y como el producto de condiciones naturales, sin importar la sociedad a la que

pertenezcan ni las causas que generaron esta condición.

El tema de la representación política de las poblaciones pobres y de su capacidad para incidir en la voluntad de los tenedores de la propiedad privada y de los tomadores de decisiones requiere aún de mucha mayor comprensión.

1.2.4 Estilos de vida y salud

En la literatura médico epidemiológica regional y mundial se observa un incremento de los trabajos que buscan cuantificar y cualificar la relación individual y colectiva, entre estilos de vida y la ocurrencia de enfermedades. Esta relación ha se ha ganado el respaldo de la comunidad científica y ha sensibilizado a diferentes grupos y actores sociales cuyo interés se vuelca al establecimiento de hábitos y conductas saludables en busca de mejores niveles de calidad de vida. El panorama anterior estimula la necesidad de mantener una línea activa de investigación que contemple estudios sobre los estilos de vida y sus manifestaciones, atendiendo a dos grandes vertientes. La primera se refiere a la conceptualización de estilo de vida como componente de los llamados factores de riesgo. Ello implica entender los factores de riesgo a partir de vivencias personales, orientando todo un cuadro de intervenciones volcado a la solución del problema en el plano del propio individuo o de aquellos incluidos en los grupos de alto riesgo y en un segundo escenario de investigación complementario del anterior, que comprende el análisis de los factores ambientales capaces de potenciar o amortiguar el impacto de las nuevas tecnologías para mejorar la calidad de vida. Se incluyen aquí las técnicas de saneamiento ambiental y otras tendientes a revertir ciertos efectos del proceso de modernización o del desarrollo no sostenible, como la contaminación ambiental, la desintegración familiar, el consumo de drogas ilícitas y la generación de violencia urbana. Debe contemplarse también el estudio de los mecanismos que forman opinión y modelos de comportamiento, especialmente de la televisión. Es necesario también el análisis de esos factores a partir de la propia estructura social. Ello implica reconocerlos, al mismo tiempo, como atributos de las personas y como determinados por la dinámica de construcción colectiva. Aquí se encuentran fac-

tores tales como migración, educación, nutrición, trabajo y empleo, vivienda, y su componente más evidente: la pobreza. Todos ellos significan un desafío para la investigación en la medida en que exigen un abordaje transdisciplinario y un complejo esfuerzo metodológico.

1.2.5 Medio ambiente y salud

Pocas personas discuten hoy que el desarrollo social debe estar basado en un ambiente protegido. Este principio se expresa en el concepto de equidad ambiental que significa, para todos y según sus necesidades: agua biológica y químicamente limpia, aire no contaminado, suelo con nutrientes y libre de metales pesados y pesticidas, lugares de trabajo sin contaminación acústica, biológica ni química y libres de estrés, y un macroambiente que permita el normal desarrollo de las especies y de la cultura.

En el caso de América Latina, se destacan los siguientes problemas:

1. La urbanización: potencialmente beneficiosa para facilitar el acceso de la población a variados recursos y servicios, pero las características con que se ha producido en el continente la convierten en fuente de contaminación, marginalidad, violencia y enfermedades infectocontagiosas.
2. La contaminación del agua: La falta de potabilidad del agua es la mayor amenaza de la salud en el continente.
3. La contaminación atmosférica – contaminación del suelo- pesticidas, fungicidas y herbicidas – el calentamiento del planeta- el ambiente laboral – la contaminación intradomiliaria.

1.3 FALTA MUCHO POR CONOCER... PERO HAY SUFICIENTE EVIDENCIA PARA ACTUAR

La importancia de investigar los determinantes del proceso salud enfermedad ha crecido en los últimos años, apoyada en el supuesto de que la comprensión de las condiciones que afectan la salud mejora también el conocimiento sobre las políticas y los servicios. La ciencia acumula cada vez más evidencia que demuestra como la salud de la gente está influenciada tanto por las condiciones materiales en que se desarrolla la vida sino también por el comportamiento que asumen las personas y los grupos en cada momento histórico; hay suficiente evidencia acumulada en este campo como para afirmar que no es posible propender por una buena salud pública si no se actúa de forma decidida sobre la pobreza, la inequidad y la ignorancia.

Un análisis de seis reportes de renombrados institutos de investigación al nivel mundial permite identificar cinco aspectos comunes y articulados entre sí que, en virtud de la información disponible, deben ser asumidos por la ciencia y los investigadores al dar cuenta de la salud y sus determinantes. Estos requisitos son (12):

1. Una perspectiva poblacional de los riesgos, que supere los enfoques individuales y los enfoques preventivistas centrados en las acciones aisladas realizadas sobre las personas.
2. Un esfuerzo por comprender la compleja interacción entre múltiples condiciones que generan y mantienen condiciones incompatibles con una buena salud, como las características del ecosistema, las relaciones sociales, las condiciones socioeconómicas y, en general, los procesos de producción y reproducción social.
3. Un reconocimiento del contexto social donde se vive, se trabaja, se aprende y se consume, como determinante de los comportamientos individuales y colectivos que afectan la salud. Este principio implica reconocer que los individuos no son completamente libres para elegir su comportamiento y que sus opciones no dependen

solo de la información disponible ni de la voluntad personal de cambio.

4. Un interés consciente y progresivo por relacionar el curso de la vida y las perspectivas vigentes acerca del desarrollo que brinde especial atención a la caracterización y solución de exclusiones, e inequidades que afectan el disfrute de la salud.
5. La identificación y el estudio de la interacción entre los mecanismos biológicos que causan enfermedad y deterioro y las estructuras macrosociales.

Las nuevas evidencias sobre determinantes sociales de la salud resaltan algunos aspectos especialmente importantes, que deben ser atendidos a través de políticas públicas para mejorar las condiciones de salud de la gente. Estos incluyen (13):

1. Extender la esperanza de vida de la niñez temprana disminuyendo los niveles de pobreza y exclusión social
2. Disminuir las circunstancias sociales y psicológicas que generan altos y sostenidos niveles de estrés
3. Proporcionar soporte y protección para el desarrollo y la educación de las madres y de los niños en etapa temprana de su vida
4. Disminuir la exclusión social evitando la discriminación, la estigmatización y el desempleo para aliviar los niveles de pobreza
5. Disminuir el estrés en el lugar de trabajo
6. Prevenir el desempleo y la inseguridad laboral
7. Promover y fortalecer las redes de soporte social
8. Disminuir y controlar el consumo de alcohol, drogas y tabaco afectando las causas estructurales sociales e individuales del consumo
9. Facilitar el acceso y promover el consumo de alimentos saludables
10. Desarrollar y promocionar medios de transporte más saludables.
11. Garantizar mediante mecanismos jurídicos efectivos el derecho de la población a acceder a los recursos naturales indispensables para la vida como el agua, el aire y los nutrientes, sin restricciones ligadas a su capacidad de pago, su procedencia étnica u otras diferencias de tipos social y cultural.
12. Garantizar mediante mecanismos jurídicos efectivos el acceso de la población a un ambiente sano

Estos argumentos refuerzan el papel que las autoridades territoriales, la comunidad científica y la sociedad civil, en sus distintos niveles y de acuerdo con sus competencias deberían jugar para construir y liderar referentes sólidos de trabajo sobre los aspectos identificados como causas estructurales de la situación y condición de salud de la población.

1.4 LA SALUD Y EL DESARROLLO SOCIAL: UNA INTERACCIÓN COMPLEJA QUE MERECE INVESTIGARSE

Pocas argumentaciones desconocen hoy la importancia de la salud para reducir la pobreza, así como tampoco la función clave de los gobiernos en el logro de objetivos de salubridad y bienestar de la población. Los cambios de las dos últimas décadas, sin embargo, muestran una tendencia de signo contrario. Las acciones en materia de política sanitaria están actualmente orientadas por una profunda racionalidad económica, que supone una inexcusable virtud de los mecanismos del mercado y la reducción de los ámbitos de intervención estatal. En efecto, al amparo de las políticas impulsadas por el Consenso de Washington, las reformas sanitarias a nivel mundial, particularmente en los países del tercer mundo, se articulan con las grandes reformas estructurales en materia económica que han forzado intensos procesos de privatización y la marginalidad de las políticas sociales.

Pese a los avances conceptuales en salud pública, y a la evidencia empírica de que los mercados de salud presentan lo que los economistas denominan múltiples imperfecciones, las reformas sectoriales impulsadas desde fines de los años 80 especialmente en los países de América Latina, han impuesto sistemas de aseguramiento y prestación de servicios de salud orientados por mecanismos de competencia regulada. Los resultados de estos modelos en materia de crecimiento y generación de empleo, acceso a los servicios y situación de salud de la población son objeto de debate. El desempleo, la pobreza y las desigualdades se mantienen en un ritmo creciente, lo propio habría que decir de los niveles de mortalidad infantil y la reemergen-

cias de enfermedades propias de la pobreza y la marginalidad. A estas condiciones se suman los altos índices de corrupción, la insuficiencia en el gasto público social, la dotación precaria de servicios públicos, la explotación de los recursos naturales y la hipertrofia del sector terciario (financiero)

El proceso de industrialización ha sido permitido política, económica e ideológicamente, bajo la concepción de que los recursos naturales existen para beneficio del hombre. Sin embargo, la utilización indiscriminada de recursos naturales ha producido efectos dañinos no sólo al equilibrio y al funcionamiento del ecosistema, sino también sobre la salud de los individuos. Los defensores del ambiente documentado los efectos adversos de la reducción de la capa de ozono, la muerte de miles de especies como consecuencia de las lluvias ácidas, el azote a grandes grupos poblacionales por enfermedades endémicas como la malaria, las consecuencias de la migración rural por efectos de la violencia a las grandes urbes y la urbanización espontánea, rápida y caótica sin planificación.

Los proyectos de desarrollo económico sostenible, implantados por países y organismos financieros internacionales en los países pobres y en las sociedades más tradicionales, no siempre traen aparejados mejoras en la calidad de vida y bienestar en los sectores más empobrecidos y vulnerables; por tal razón, las intervenciones masivas en materia económica y las inversiones para el desarrollo de la infraestructura deberían estar sujetas a un escrutinio más cuidadoso sobre el impacto social y cultural, las consecuencias sobre la salud, y el perfil de enfermedades, así como en las respuestas adaptativas y los sistemas sociales de apoyo.

1.5 EL ESTADO Y LA SALUD PÚBLICA: MUCHAS OPINIONES POCAS EVIDENCIAS

Desde que se conformaron los estados modernos, el papel del Estado en relación con la salud pública ha sido objeto de intensos debates. La revisión de la literatura permite documentar una amplia variedad de posiciones al respecto, que van desde el reconocimiento de que la salud es un asunto personal, del fuero individual, frente al cual el Estado tiene poco o nada que ver a menos que se comprometa el orden público, hasta la defensa de una posición asistencialista que deja en los hombros del estado toda la responsabilidad por la salud de las personas y sus determinantes. En el fondo estas posiciones reflejan valores éticos y posiciones políticas que se traducen en argumentos y en políticas públicas.

En ese mismo sentido algunos expertos (2) proponen que los gestores de la salud pública deben trabajar en tres dimensiones:

1. En un amplio campo de construcción y difusión del conocimiento acerca de las condiciones del bienestar colectivo. Este planteamiento supone que la salud pública es un territorio de pensamiento cuidadoso y de investigación rigurosa acerca de todas aquellas condiciones, situaciones y fenómenos que hacen posible, que alteran o que destruyen la salud, la tranquilidad y el bienestar de los diferentes agrupamientos humanos.
2. En un amplio campo de acciones individuales, colectivas, comunitarias, estatales y privadas por tratar de garantizar el bienestar, y por prevenir y evitar las condiciones nocivas. Incluye la acción estatal, las acciones preventivas, la promoción de la salud, la defensa de la vida, los cuidados del ambiente, las vacunaciones de las poblaciones en riesgo y la adecuada gestión y administración de los servicios de salud.
3. En el ámbito de acciones sobre las condiciones de vida y los determinantes de la salud que soporten la percepción subjetiva de

que estamos bien, de que vivimos tranquilos y de que disfrutamos la felicidad posible.

En el caso particular de las Américas, las reformas del sector salud que debilitaron al Estado y el deterioro de la calidad de vida y de los indicadores de salud pública que se observan en varios países desde la década de los 80, han reactivado la discusión.

La situación descrita llevó a la Organización Panamericana de la Salud, a promover el fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias y al cumplimiento a las Funciones Esenciales de la Salud Pública (14;15) (FESP) que competen al Estado en sus niveles central, intermedio y local.

Las FESP son aquellos procesos y movimientos de la Sociedad y del Estado que constituyen condiciones sine qua non para el desarrollo integral de la salud y el logro del bienestar y, como tales, orientan y modulan la organización y el comportamiento de los campos, sectores y actores que componen una Sociedad dada. Sin embargo, las funciones esenciales de la salud pública no son sinónimo de las prácticas sociales que afectan a la salud. Las prácticas sociales configuran ámbitos mucho más amplios que el de las funciones esenciales de la salud pública y son actuaciones de toda la sociedad aunque las realicen, específicamente, unos sectores o actores particulares. La principal responsabilidad institucional con respecto a la salud pública corresponde al Estado, como la institución social fundamental que debe interpretar las necesidades de la sociedad y responder a ellas y actuar para satisfacerlas de la manera más eficaz posible. (14;16)

FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA (FESP)

FESP 1	Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud
FESP 2	Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
FESP 3	Promoción de salud
FESP 4	Participación de los ciudadanos en salud
FESP 5	Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública
FESP 6	Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública
FESP 7	Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
FESP 8	Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
FESP 9	Garantía de calidad de servicios de salud individuales y colectivos
FESP 10	Investigación en salud pública
FESP 11	Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud

La medición de las funciones esenciales de salud pública demostró que la función rectora de la autoridad sanitaria, y con ella el ejercicio de la salud pública, no recibieron la atención necesaria en los procesos de reforma, con el consiguiente debilitamiento de la salud de las poblaciones. Por otra parte, las reformas han ido avanzando en la separación de funciones, en la desagregación institucional de las funciones de rectoría, de financiamiento, de aseguramiento, compra y provisión de servicios.

El resultado del proceso de medición de las FESP en Colombia, muestra un perfil de desempeño de la salud pública deficiente, en diez de las once funciones evaluadas. Únicamente la función once: Reducción del impacto de emergencias y desastres obtuvo una evaluación superior al estándar fijado. Las funciones más deficientes son en su orden, de menor a mayor: promoción de la salud, investigación en salud pública, participación ciudadana, desarrollo de políticas y capacidad institucional de planifica-

ción y gestión en salud, garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización de la salud pública, acceso a los servicios de salud necesarios, desarrollo de recursos humanos en salud pública, vigilancia de salud, investigación y control de riesgos y daños en salud pública y monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud.

Estas funciones han sido medidas en varios países. Colombia hizo una medición nacional y posteriormente, el distrito capital hizo una adaptación del instrumento nacional a las competencias distritales y la consiguiente medición para Bogotá. El Valle del Cauca, fue el primer territorio en hacer una adaptación a las competencias departamentales y aplicar la medición.

En Colombia, la evaluación del desempeño mostró en general bajo para todas las FESP.

En los resultados de cada una de estas funciones se pueden identificar brechas o debilidades, ciertos grados de posible desatención, deterioro de esfuerzos, aspectos críticos, limitantes en recursos tal vez como consecuencia de políticas de ajuste, reestructuraciones o desempeños mínimos.

1.6 LOS SISTEMAS DE SALUD COMO OBJETO DE INVESTIGACION

El término “sistema de salud” es utilizado por la literatura con diferentes significados.(17) El enfoque medicalizado predominante en la salud pública desde el siglo XVII, concibe la salud como la sumatoria de fenómenos mórbidos individuales, caracterizados con fundamento en la clínica. Las enfermedades, tal como las presentan la medicina clásica y la epidemiología positivista, son categorías empíricamente observables en cada individuo, cuya agregación y distribución constituyen el atributo esencial de la salud y suelen ser el criterio utilizado para definir los sistemas de salud. El resultado del análisis es un tanto paradójico: el sistema de salud se concibe como un “sistema natural” constituido por lo que queda después de restarle todas las enfermedades (la ausencia de enfermedad) (1) y su dinámica se atribuye a una red multicausal de

factores que se comporta de forma mecánica(18) (19).

A partir de la segunda mitad del siglo XX la salud se ha enfocado desde perspectivas holísticas y sociales, aún incipientes (20;21) las cuales no han estado exentas de debate (22). “Desde la perspectiva holística, los sistemas de salud pueden modelarse como sistemas sociales mixtos (naturales y artificiales) constituidos en esencia por la vivencia colectiva que se va generando como resultado de la realización de múltiples necesidades ligadas a la supervivencia y al disfrute de la vida, donde las enfermedades, discapacidades y defunciones se consideran como partes de un todo mayor, comprendido no como epifenómeno, sino como estructura históricamente determinada. La salud es entendida como una vivencia que, tanto en su expresión individual como colectiva, es siempre el producto de una construcción social en permanente cambio; dicha vivencia responde a las condiciones objetivas en que resolvemos nuestras necesidades cotidianas, y a la forma como las personas valoran estas necesidades y su grado de satisfacción. La clave para entender qué es en el fondo lo que llamamos *salud* se desplaza entonces a las necesidades como experiencias vitales. *Mutatis mutandi*, un sistema de salud se irá perfilando como un componente (subsistema) de la organización social, conformado por aquellas necesidades que han sido reconocidas y valoradas por el grupo como salud, y de otras situaciones que se articulen con ellas. Esta definición general, más amplia que restrictiva, admite la incorporación y creación de nuevas categorías para referirnos a la salud y considera que las enfermedades son solo uno de los componentes del sistema”. (23)

Esta aproximación considera que un sistema de salud comprende dos dimensiones inseparables: las condiciones objetivas de vida (habitat, trabajo, consumo, carencias, potencialidades, oportunidades, problemas, enfermedades, defunciones, recursos, daños, exclusiones, riesgos) y los elementos subjetivos que la articulan como imaginario (intereses, aspiraciones, temores, valores y anti-valores). Un sistema de salud es una construcción social, artificial y convencional (cada sociedad construye su modelo), donde confluyen ambos tipos de componentes.(24)

El estudio de los sistemas de salud debe dar cuenta entonces, tanto de las condiciones obje-

tivas que expresan la salud de las personas, como de los procesos sociales que contribuyen a su construcción y valoración.

1.6.1 La noción de “sistema de servicios de salud”: distinguir la salud de los servicios.

Algunos análisis confunden con frecuencia el concepto de *sistema de salud* con el de *sistema de servicios de salud*, y al hacerlo reducen el todo a una de sus partes(25) (26). Al clasificar los sistemas de salud se habla entonces de sistemas públicos, sistemas privados, sistemas mixtos, sistemas médicos...

Hemos visto que la noción de salud se refiere a una construcción que hacemos sobre nuestro proceso vital, íntimamente relacionada con las enfermedades, el bienestar o las necesidades, según el enfoque que haya dado origen al concepto. Pero no es lo mismo una necesidad que un servicio. Un servicio es una ayuda que se presta a alguien con la intención de contribuir a la solución de una necesidad específica; no todas las necesidades humanas se relacionan directamente con la salud, ni todas se resuelven con servicios, pero algunas de las necesidades reconocidas por el grupo como necesidades de salud, sí requieren la ayuda de otra u otras personas.(27)

Estrictamente hablando, un sistema de salud se articula alrededor de las necesidades en salud. En cualquier caso, la noción de *sistema de salud* incluye la de *sistema de servicios de salud*, entendido como un subsistema constituido por las acciones y recursos destinados por la sociedad a resolver las necesidades de salud. (28) Una concepción medicalizada de la salud, formulará sistemas de servicios centrados en la curación de los casos individuales de enfermedad. Concepciones más amplias de un sistema de salud deben enfrentar la solución de necesidades más complejas, y por lo mismo incluir sistemas de respuesta más amplios y también más complejos.

En un sentido genérico, el *subsistema de servicios de salud está constituido por el conjunto de recursos de diversa índole destinados por la sociedad al cuidado y atención de lo se que*

entiende por salud; dicho subsistema incluye a su vez la producción y distribución de recursos materiales e interacciones sociales de apoyo que, de acuerdo con la concepción del grupo, contribuyen a la satisfacción de las necesidades relacionadas con su proceso vital.

Los sistemas de servicios de salud son entonces una expresión de la respuesta social del momento a la necesidad de conservar, promover y proteger aquello que se considera valioso del proceso vital, y están conformados por la totalidad de los recursos que la sociedad destina a esta función, independientemente de su carácter sectorial y de su origen privado o estatal.(29) De estos sistemas se espera que cumplan las siguientes funciones: (26)

1. Provisión de servicios
2. Generación de recursos
3. Financiación
4. Administración.

Los sistemas de servicios de salud se han clasificado desde diferentes perspectivas (25;30;31) y se pueden agrupar en las siguientes categorías: (32;33)

TIPOS DE SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD

1. Sistemas populares
2. Sistemas de beneficencia
3. Sistemas estatales
4. Sistemas de seguridad social
5. Sistemas privados
6. Otros modelos

1.6.2 Sistemas populares de atención.

Los sistemas populares de atención de la salud son los más antiguos y posiblemente los más extendidos actualmente en el mundo, pues se dan en todos los países. Se caracterizan porque las necesidades relacionadas con la salud, son expresadas por la población en su propio lenguaje y no se limitan a la enfermedad orgánica; en los sistemas populares dichas necesidades son atendidas de forma gratuita por miembros

de la misma comunidad que conocen y aplican un saber popular transmitido de generación en generación; en esta característica autogestionaria radica posiblemente su mayor fortaleza.

Son ejemplo de estos servicios los que prestan a los miembros del hogar las madres y otras mujeres, y los que ofrecen los líderes afectivos, las parteras, los curanderos, los agentes de medicina tradicional, las farmacias populares y los responsables de salud en algunas comunidades. El modelo es muy flexible, y en cualquier momento (como en los casos de desastres, accidentes, o emergencias) cualquiera de nosotros puede convertirse en un agente de salud para resolver el problema de las personas afectadas. La tecnología que se aplica en estos sistemas es relativamente simple, tanto en su aspecto lógico como en sus instrumentos, cuyo manejo se encuentra al alcance de la comunidad; sin embargo, en ocasiones puede alcanzar altos grados de desarrollo, como ha ocurrido con la acupuntura, el yoga y la medicina naturista; o bien puede actuar estrechamente ligada a ideologías míticas o religiosas como el vudú, las prácticas indígenas y las sanaciones colectivas. La aplicación de la tecnología popular a la solución de las necesidades, no responde a un proceso industrial o tecnificado y los costos de la atención son bajos.

El efecto de estos servicios sobre la salud pública es muy variable; a veces resuelven el problema, a veces no. En términos generales su efectividad frente a problemas de alta complejidad es reducida, pero su papel como soporte de otros tipos de intervención es indispensable e invaluable. Los servicios populares suelen ofrecerse de manera informal y gratuita a los beneficiarios, y los esfuerzos y costos de operación suelen ser asumidos por los mismos miembros del grupo sin ánimo de lucro. Sus coberturas entre la población son muy amplias, especialmente entre los grupos humanos de menores recursos económicos, pudiendo operar aún entre los grupos más cultos.

En Colombia no se dispone de un conocimiento sistemático sobre la tendencia de los sistemas populares en Colombia, pero se considera poco probable que tiendan a desaparecer, máxime cuando el saber popular incorpora de forma práctica muchos de los descubrimientos científicos y tecnológicos modernos.

En algunas comunidades, los sistemas populares parecen aún muy fuertes, frente a otros modelos. Sin embargo, en términos generales, el sistema popular ha entrado en conflicto con los sistemas formales que bloquean e impiden su expansión; ejemplo de ello puede encontrarse en la actitud de la sociedad hacia las curanderas y parteras a fines de la edad media y la resistencia de los sistemas médicos formales a aceptar la idoneidad de parteras, promotores rurales, chamanes, y agentes empíricos... Lo que sí es claro es que ningún otro modelo ha logrado tanta penetración y un cubrimiento tan alto en la población, y que los sistemas populares podrían constituir una solución efectiva frente a muchos de nuestros problemas actuales. (34)

1.6.3 Sistemas de beneficencia.

Los sistemas de beneficencia son sistemas de respuesta social impulsados por las clases sociales dueñas de la riqueza, que destinan parte de sus ganancias para financiar gratuitamente la atención de las personas más pobres. Estos sistemas se inspiraron en ideales religiosos o altruistas y tuvieron un gran auge en Occidente desde la edad media hasta el siglo XX, cuando comenzaron a desaparecer para transformarse en otros modelos. Originados en la práctica caritativa que las comunidades religiosas, realizaban con los peregrinos y los enfermos desde sus hospicios, estos sistemas se fueron ajustando a los avances de la ciencia occidental. Inicialmente las necesidades en salud fueron construidas desde la ética y la religión, como una prueba que los enfermos debían superar y padecer (de allí el término "paciente"), antes de pasar a mejor vida. Las necesidades de la población fueron atendidas inicialmente por religiosos con un carácter asistencial y hospitalario; luego se fueron integrando a los albergues y hospicios los médicos, las enfermeras y demás profesionales de la salud. Al incorporar a los médicos, los sistemas de beneficencia se centraron en la atención de la enfermedad desde la tecnología médica; los hospitales y servicios de beneficencia se fueron especializando progresivamente en la atención de enfermedades orgánicas, entre las cuales se dio prioridad a los trastornos transmisibles y materno-infantiles. La tecnología aplicada por estos sistemas llegó a ser tan compleja e industrializada como lo permitió la ciencia moderna, según los recursos de cada región, pero

se aplicó al control de la enfermedad y no se ocupó mucho de la salud ambiental. Dado que los servicios se ofrecían gratuitamente como un acto de caridad, el “paciente” no tenía la posibilidad de elección ni de reclamo y la preocupación por la calidad del servicio no constituyó una prioridad par el modelo. Los servicios se ofrecían a la población más pobre sin ánimo de lucro, como una manifestación de la caridad cristiana. “Y a pesar de que algunos expertos han desmascarado la hegemonía del poder medico que se esconde tras las formas de caridad, es menester reconocer que hubo en los sistemas de beneficencia manifestaciones importantes de altruismo y solidaridad con el paciente, que hoy extrañamos en nuestros jóvenes profesionales.”(35)

En Colombia, los sistemas de beneficencia predominaron desde la colonia hasta la década de 1990; desde entonces tienden a desaparecer como tales. El auge de los sistemas de salud de carácter estatal y privado, ha hecho que los servicios de beneficencia evolucionen en diferentes direcciones, especialmente hacia la modalidad de servicios privados, con las correspondientes transformaciones institucionales y la consecuencia necesaria de que muchas personas sin recursos que eran atendidas por este modelo deban buscar otros tipos de atención.

1.6.4 Sistemas de seguridad social

Los sistemas de seguridad social surgieron en Austria y Alemania a fines del siglo XIX como una forma de mantener la salud de los obreros y los soldados, requeridos por el Estado. Se caracterizan porque la financiación de las intervenciones es cubierta mediante cotizaciones periódicas deducidas de las rentas del trabajo, que realizan los afiliados y en ocasiones sus empleadores y el mismo Estado. Las necesidades relacionadas con la salud, se conciben en términos de enfermedad, incapacidad, invalidez y muerte y son expresadas en el lenguaje técnico médico. El proceso salud enfermedad se enfrenta como un fenómeno individual, pero progresivamente incorpora modelos de prevención y salud pública dirigidos a los beneficiarios del afiliado. Los servicios ofrecidos por la seguridad social incluyen de manera variable, elementos de atención a la enfermedad y previsión social para el afiliado y sus beneficiarios en casos de

invalidez, vejez y muerte. Dichas necesidades son atendidas por agentes profesionales, algunos de ellos altamente especializados. Sus servicios asistenciales de la seguridad social aplican una sofisticada y costosa tecnología tanto al diagnóstico como al tratamiento. En términos generales los servicios de la seguridad social se ofrecen para los afiliados y sus beneficiarios. En algunos países sus servicios logran altas coberturas; en otros se limitan a las personas con capacidad de cotizar a la empresa aseguradora. (36)

El sistema de seguridad social predomina en Francia, Alemania, Holanda, Suiza, Luxemburgo, Bélgica y Costa Rica.

En Colombia, este modelo comenzó formalmente en 1946 cuando se creó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales –ICSS-, hoy Instituto de los Seguros Sociales –ISS-, el cual adoptó el modelo Bismarkiano. Para 1990, el ISS apenas llegaba al 26% de los municipios cubriendo menos del 20% de de la población. En 1993, mediante la Ley 100, se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS-, a través del cual se impulsó la industria y el mercado del aseguramiento en salud, ofrecido por empresas privadas. Las afiliaciones alcanzaron el 62% a finales de 2004. Sin embargo, la cobertura con aseguramiento es un indicador del mercado de los seguros y no de cobertura con servicios de salud efectivos, y algunos estudios sugieren que, en este campo, los avances son muy reducidos comparados con la inversión que se ha realizado en los seguros.(37-41) Es posible que los sistemas de seguridad social se fortalezcan con el tiempo y sean incorporados por los sistemas privados, bajo la presión de los grupos económicos interesados en el mercado de los seguros. (42)

1.6.5 Sistemas estatales de salud.

Los sistemas sanitarios cuyos costos de operación son cubiertos por el Estado por la vía de los impuestos, comienzan a desarrollarse en los Estados modernos europeos desde mediados del siglo XVII, inicialmente bajo modalidades de beneficencia pública. A fines del siglo XIX se fortalecen en Europa como responsabilidad del Estado. A principios del siglo XX, como consecuencia de la revolución bolchevique, se fortale-

cen en los países socialistas (Rusia, China Comunista, Cuba, Europa Oriental). En el resto de Europa se fortalecieron desde 1945 como expresión del desarrollo de los Estados de Bienestar y algo similar ocurrió en varios países latinoamericanos que se basaron en este principio para crear Sistemas Nacionales de Salud.

En términos generales, los sistemas estatales consideran la salud y la enfermedad en conjunto como una responsabilidad del Estado quien debe atenderla y garantizarla gratuitamente a la población, utilizando como fuente de financiación los impuestos. La tecnología aplicada para la atención de la salud y la enfermedad, es predominantemente médica, a cargo de un recurso humano con formación específica en el área, y alcanzó notables desarrollos en algunos países, donde la red de oferta es predominantemente estatal. Los sistemas nacionales de salud incorporaron modelos de salud pública con tecnologías requeridas para actuar sobre los determinantes de la enfermedad, como fomento de la salud, prevención de las enfermedades y atención al ambiente, servicios que se ofrecen también gratuitamente a la población, pues su costo es subsidiado por el Estado.

Los sistemas estatales de salud alcanzaron notables desarrollos en los países socialistas y en los países capitalistas que han asumido este modelo como Reino Unido, Suecia, Noruega, Dinamarca, España e Italia, donde la red de oferta de servicios de salud es predominantemente estatal, logrando coberturas de servicios básicos de salud relativamente altas.

Los países no industrializados que trataron de incorporar el modelo estatal de bienestar no pudieron alcanzar buenas coberturas por falta de recursos. En Colombia, la cobertura con servicios de consulta externa médica, eran para 1993 muy bajas y no llegaban al 30% de la población.

En los últimos años, este tipo de sistemas ha perdido vigencia en el mundo. Para algunos, su colapso obedece al excesivo centralismo de su planificación, a la falta de gerencia y a la deficiente administración; problemas que podrían resolverse desde la perspectiva de un sistema local. Para otros, la desintegración progresiva de los sistemas estatales obedece, en los países socialistas, a su crisis económica y política. En

los países del tercer mundo, la explicación pudiera ser diferente; en estas regiones la financiación de los sistemas fue insuficiente para responder a la presión de las necesidades públicas crecientes; adicionalmente, a partir de 1990 el modelo estatal ha sido desplazado por la oferta privada que opera para la industria del aseguramiento.

1.6.6 Sistemas de atención privada o de libre mercado

Son muy antiguos y se caracterizan porque las intervenciones y los servicios se realizan como transacciones comerciales entre un usuario que los requiere y los paga, y un prestador u oferente que cobra por ellos. La atención a los problemas de salud configura un mercado que opera bajo las leyes de la oferta y la demanda. Estos sistemas se han fortalecido en el mundo en la medida en que se desarrolla el modelo económico liberal. Las necesidades de la población se expresan en términos técnicos complejos, referidos a la enfermedad y sus categorías alrededor de las cuales se organiza el mercado de la atención médica. El proceso salud enfermedad se enfrenta como un fenómeno individual, con énfasis en la enfermedad. Al igual que en los sistemas de beneficencia, el énfasis de la atención se hace sobre la curación de tipo individual. El enfermo deja de ser un paciente sujeto a la generosidad del prestador y se convierte en un "cliente" con el derecho de exigir calidad, pues para eso paga. La salud y la enfermedad son atendidas por profesionales, cuya cualificación y especialización progresivas obedecen a las leyes de la segmentación del producto para diferentes compradores.

Concebida como una empresa rentable, esta forma de asistencia ha desarrollado una sofisticada y costosa tecnología para el diagnóstico y el tratamiento. Dicha tecnología se ha hecho supremamente efectiva para controlar algunos problemas serios de alta complejidad, pero por los costos elevados han limitado progresivamente su aplicación a las personas con capacidad de pagarla. Los servicios de salud privados se ofrecen a la población bajo la forma de contratación directa entre el profesional y el enfermo (cliente); sin embargo algunas veces se aplican otras modalidades para mercadear el servicio,

como son la medicina prepagada y los seguros médicos. (43)

Bajo diferentes formas, el modelo de libre mercado predomina en varios países, y Estados Unidos podría ser un buen ejemplo. En Colombia, en 1993, se suponía que sus coberturas eran bajas y que solo entre un 10 y un 15% de la población accedía a la consulta médica privada; esta proporción era notablemente más reducida en relación con los servicios más complejos y costosos. A pesar de la objeción de que la atención médica no se sujeta a los principios de los mercados perfectos, la medicina privada se ha venido extendiendo en el mundo y en Colombia, donde ha desplazado otras formas de entender y atender la salud y ha absorbido progresivamente otros modelos como los sistemas de beneficencia y de seguridad social. (44)

1.6.7 Sistemas mixtos.

En una misma sociedad pueden coexistir varios de los sistemas mencionados, operando de forma independiente, o pueden darse combinaciones de ellos. En América Latina, los organismos financieros internacionales y los grupos económicos interesados en el aseguramiento han propuesto un modelo que denominan pluralismo estructurado.

“El concepto de pluralismo estructurado intenta expresar la búsqueda de un punto medio entre los arreglos polares que tanto han dañado el funcionamiento de los sistemas de salud. “Pluralismo” evita los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado. “Estructurado” evita los extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia anárquica de reglas del juego transparentes para evitar o compensar las fallas del mercado. ...” (45) Propone organizar el sistema de salud por funciones (modulación, financiamiento, y no por grupos. En este esquema, la modulación se convierte en la misión principal del Estado, que deja de ser un proveedor más para responsabilizarse de imprimir una dirección estratégica al sistema en su conjunto. El financiamiento, es la responsabilidad central de la seguridad social, que debe ampliarse gradualmente a fin de alcanzar una protección universal guiada por principios de finanzas públicas, orien-

tando los subsidios a la demanda, más que a la oferta. La administración de los recursos estaría a cargo de agencias especializadas en este campo. Y la prestación directa de servicios quedaría abierta a todo un esquema pluralista de instituciones, tanto estatales como privadas. El pluralismo estructurado pretende incrementar las opciones para los consumidores y los proveedores, y contar al mismo tiempo con reglas del juego explícitas que minimicen los conflictos potenciales entre equidad y eficiencia.

Más que un modelo teórico explicativo de los sistemas de salud, el pluralismo estructurado es una propuesta organizativa, actualmente en marcha en Colombia, y cuya efectividad y desempeño deben ser objeto de evaluación y análisis.

1.6.8 Los cambios al interior de los sistemas de salud

En nuestra región, hasta la posguerra predominaron los sistemas estatales de salud en los cuales la participación del Estado era secundaria, la responsabilidad era compartida por comunidades religiosas, sociedades mutuarías, etcétera. En este período la investigación en salud fue casi inexistente. A partir de la década del cincuenta el Estado Benefactor asumió un rol protagónico en la financiación y prestación directa de servicios tanto en Europa como en la mayoría de los países Latinoamericanos. La investigación en salud que se realizó en este período fue por iniciativa estatal y realizada por organismos estatales. En la década de los ochenta, las reformas promovidas por los inversionistas constituyeron una tercera ola en los lineamientos de los Sistemas de Salud. En la década de los noventa se han incrementado los procesos de reforma con el objetivo de aumentar la equidad de los beneficios, la eficiencia de la gestión y la efectividad de la prestación de servicios. Por otra parte las reformas se proponen objetivos que atienden a la calidad de los servicios, la sostenibilidad financiera y la satisfacción de los usuarios.

1.6.9 La investigación de los sistemas de servicios de salud

No todos los sistemas de servicios tienen las mismas ventajas. En 1996, el informe *Invertir en investigación sanitaria y desarrollo* adelantado por un comité Ad Hoc designado por la OMS, concluyó que el desempeño de los sistemas de atención sanitaria varía ampliamente en el mundo y que sorpresivamente se presentaba una notoria falta de información acerca de este desempeño y de la manera como era afectado por las políticas públicas.(46)

La investigación tiene mucho que contribuir a nuestra comprensión de los sistemas de servicios y puede jugar un papel más activo en la toma de decisiones, verificando hipótesis y suministrando evidencias sobre sus ventajas y limitaciones.(26)

Ninguno de los sistemas mencionados en el capítulo anterior son por sí mismos buenos o malos y este presupuesto obliga a los analistas e investigadores a generar información que permita caracterizar y evaluar su desempeño.

La investigación en este campo es muy heterogénea y ha presentado varios cambios en los últimos años.

Entre los 70 y los 80, las prioridades en política sanitaria descansaban en las coberturas con atención médica y los investigadores de la época se interesaron especialmente en este tema. En 1978 la declaración de Alma Ata no solamente desplazó el interés de las políticas sanitarias a los determinantes de la salud, sino que reivindicó la investigación como uno de los recursos requeridos para garantizar la atención primaria. En 1978 y 1980 aumentó la producción de estudios en salud centrados en políticas sanitarias, intersectorialidad, participación comunitaria, tecnología apropiada y recursos humanos.(26)

A este respecto hay varios enfoques que difieren no solo en su concepción del sistema de salud y de servicios de salud, sino también en las expectativas sobre su desempeño.

Investigación en sistemas de servicios

“Producción y aplicación del conocimiento a mejorar la forma como las sociedades se organizan a sí mismas para lograr sus metas en salud... Esta forma incluye la planificación, el manejo y la financiación de actividades para mejorar la salud, así como el papel, las perspectivas y los intereses de los diferentes actores en este esfuerzo”

Alliance for health Policy and Systems Research

Las teorías administrativas han propuesto diferentes métodos y enfoques para estudiar los servicios, muchos de cuyos principios pueden ser aplicados a la investigación de los servicios de salud. Estos enfoques identifican varios componentes estructurales de los servicios, cada uno de los cuales puede ser objeto de estudio:

1. La necesidad que da origen a la ayuda y que constituye el objeto directo del servicio.
2. El beneficiario o demandante del servicio: intereses, expectativas, temores, grado de autonomía para enfrentar por sí mismo la necesidad, relación con otros beneficiarios, capacidad de pago ... La caracterización de los beneficiarios constituye una de las recomendaciones de los organismos internacionales.(47)
3. El prestador del servicio: idoneidad para brindar la ayuda, expectativas, condiciones de operación...
4. La relación entre prestador y beneficiario: tipo de ayuda, tipo de interacción...
5. Los resultados de la ayuda: efectividad del servicio para resolver la necesidad, resultados inesperados, resultados no deseados...
6. Las condiciones de operación del servicio: tecnología, recursos requeridos, cobertura, costos de operación, eficiencia, accesibilidad, equidad... A este respecto, la OMS ha llama-

do la atención sobre la necesidad de caracterizar las barreras de acceso a los servicios de salud. (26)

7. El sistema de financiación. Los organismos internacionales han resaltado la importancia de la falta de financiación como el mayor limitante del desempeño de los sistemas de servicios de salud; sin embargo consideran que el problema también se refiere a los mecanismos de gestión de los recursos financieros, y que si este aspecto no mejora, la asignación de recursos no solo será ineficiente sino eventualmente contraproducente.(48)
8. Los resultados del servicio: impacto, efectividad.
9. La gestión del servicio: racionalidad del modelo, procesos y procedimientos.

Las investigaciones sobre los servicios de salud suelen privilegiar, sin embargo, tres categorías: la financiación, la eficiencia y la cobertura. Los demás aspectos han tenido un menor desarrollo.

Investigación en el sistema de servicios

OBJETOS DE ESTUDIO

1. La necesidad
2. El beneficiario
3. El prestador del servicio
4. La relación entre prestador y beneficiario
5. Los resultados de la ayuda
6. Las condiciones de operación del servicio
7. El sistema de financiación
8. Los resultados del servicio
9. El proceso de gestión de los servicios

Los enfoques y métodos utilizados para investigar los servicios varían de una agencia a otra:

Los organismos internacionales han insistido en que la evaluación del desempeño de los sistemas de salud haga énfasis en la equidad, aunque al respecto hay un intenso debate relacionado con la noción de equidad, su medición y el valor de los indicadores.

Desde mediados de los 90, los enfoques acerca del desempeño de los servicios de salud confieren cada vez una mayor importancia a la eficiencia y la efectividad, criterios establecidos desde la perspectiva económica. Gran parte de las investigaciones y evaluaciones del desempeño de los sistemas de salud se han centran en estas categorías y esta tendencia ha venido predominando sobre el análisis de resultados en salud. Este fenómeno es preocupante por cuanto los sistemas de servicios no tienen sentido en sí mismos sino en función de su capacidad para modificar las condiciones sanitarias de la población.

En relación con el estudio de los sistemas de servicios de salud, una de las publicaciones que más debate ha generado por sus enfoques teóricos y por su metodología, es el Informe Salud Mundial 2000 de la Organización Mundial de la Salud, donde el término sistema de salud se utiliza en el sentido restrictivo de los sistemas de servicios de salud, haciendo referencia a “todos los actores, instituciones y recursos que realizan acciones en salud, cuya intención primaria es mejorar la salud y cuyo objetivo es mejorar la salud”. (49;50) Según este mismo informe, las principales funciones de un sistema de servicios de salud son: (49;50) la financiación, la generación de recursos, el suministro de servicios personales y colectivos y la administración.

La financiación se refiere a todos los desembolsos destinados a las actividades cuyo propósito primario sea mejorar la salud en un determinado período de tiempo, independientemente del tipo de institución/entidad que provea o pague dichas actividades. Esta perspectiva permite la inclusión de servicios tradicionales así como de actividades intersectoriales cuyo intento primario es proveer salud, por ejemplo, la legislación acerca del uso del cinturón de seguridad. El análisis del componente financiero del sistema debe dar cuenta, de las fuentes de financiación, los agentes financiadores, los proveedores, las funciones, los recursos y los beneficiarios. En el informe citado, la OMS agrupa la provisión de servicios de salud en dos categorías: personales y no personales. Los primeros son de naturaleza terapéutica, rehabilitadora o preventiva, y pueden generar externalidades positivas. Los servicios no personales son acciones aplicadas colectivamente (educación en salud) o componentes no humanos del medio ambiente (sanea-

miento básico); usualmente producen externalidades positivas o reducen las posibles externalidades negativas de acciones individuales o colectivas. Con el fin de monitorear la provisión de servicios, la OMS recomienda focalizar tres áreas: a) los recursos de salud (humanos, físicos y consumibles); b) La estructura organizacional y los procesos, y c) La cantidad y calidad de los servicios personales y no personales en relación con las necesidades de la población.

La administración de los servicios de salud se define como el manejo cuidadoso y responsable del bienestar de la población, y en el sentido más general como la esencia del buen gobierno. La administración es responsabilidad del gobierno, usualmente a través del ministerio de salud, lo cual no significa que el gobierno necesite fundamentar y proveer todas las intervenciones. Ciertas tareas administrativas pueden ser delegadas en otros actores, dependiendo de cómo esté organizado el sistema. Para la OMS, la administración de los sistemas de salud comprende tres grupos de tareas: precisar la visión y dirección del sistema de salud, recolectar y hacer uso de la inteligencia y ejercer la influencia a través de la regulación y otros medios. De la forma como los sistemas de salud ejerzan la administración, dependen los resultados del sistema(51)

Según el informe Salud Mundial 2000 de la OMS,(49) el desempeño de los sistemas de salud debe establecerse con base en sus objetivos: la buena salud, la correspondencia entre el sistema de servicios y las necesidades, y la justicia en la contribución financiera. Estos objetivos deben ser evaluables con base en indicadores y al respecto hace las siguientes anotaciones:

1. La salud de la población es el reflejo de la salud de los individuos durante el curso de su vida. Para evaluar la buena salud, la OMS recomienda considerar indicadores objetivos como la expectativa de vida.
2. La correspondencia entre el sistema de salud y las necesidades se refiere a la interacción entre el sistema y el usuario, y por tal motivo se interesa por las expectativas de la población, aunque las diferencia de la satisfacción del usuario. Los indicadores de correspondencia hacen relación a dos componentes principales: el respeto

por el individuo y la orientación del sistema hacia las expectativas de los usuarios. Operativamente los indicadores aluden a dimensiones como la dignidad, la confidencialidad, la autonomía, la atención pronta a las necesidades, el acceso a redes de apoyo social y la calidad en la relaciones con el proveedor: Aunque la correspondencia es caracterizada por múltiples dominios, su operacionalización con propósitos comparativos entre países requiere la selección de un grupo de dominios comunes que sean aplicables a todos los sistemas de salud. La revisión realizada desde disciplinas como la sociología, la antropología, la economía de la salud, los servicios de salud, la ética, los derechos humanos y los derechos de los pacientes, ha permitido la selección de ocho dominios que capturan el sentido de la correspondencia: autonomía, libre escogencia, confidencialidad, comunicación, dignidad, atención oportuna, calidad y apoyo social. Estos dominios deben ser:

- Validados en campos relacionados con los atributos que las personas esperan en su interacción con el sistema de salud; adicionalmente a los objetivos de mejorar la salud;
- Definidos en términos operativos que faciliten los autoreportes
- Ser suficientemente comprensivos en conjunto, para capturar todos los aspectos importantes de la correspondencia según los valores de la población
- Operacionalizados de manera que permitan una comparación fácil entre las poblaciones.

Para el informe Salud 2000, la justicia en la contribución financiera, establece qué vías de financiación son más justas que otras. Al respecto, Evans introdujo el término de equidad horizontal (cuando grupos similares contribuyen de manera similar) y equidad vertical (cuando los más ricos pagan un porcentaje más alto para los menos privilegiados).

Este informe de la OMS fue objeto de varias críticas y protestas desde diferentes regiones del mundo, porque confunde los sistemas de salud con los sistemas de servicios, y porque al hacerlo propone como modelos sistemas sanitarios

que han fallado precisamente por su inequidad.(52)

1.7 LAS POLÍTICAS PÚBLICAS COMO OBJETO DE INVESTIGACIÓN

1.7.1 La noción de política pública

No existe una definición universalmente aceptada de política pública.

Las políticas públicas se han visto como el conjunto de sucesivas respuestas del Estado (o de un gobierno específico) frente a situaciones consideradas socialmente como problemáticas” o como “el conjunto de sucesivas iniciativas, decisiones y acciones del régimen político frente a situaciones socialmente problemáticas y que buscan la resolución de las mismas o llevadas a niveles manejables”. Estas definiciones, en particular la primera, (53) pueden considerarse limitadas, pues hacen pensar que las políticas son ante todo respuestas, y dan la impresión de un Estado únicamente *reactivo* a eventos externos a él.

Un elemento fundamental de las políticas públicas es que éstas parten de problemas que tienen la categoría de públicos es decir de aquellos que se entienden como de interés para los individuos y la población en general. De ahí que se ocupan de problemas socialmente relevantes que por definición deben superar las preocupaciones o intenciones de un gobierno particular que no tienen por que coincidir en todos los casos con la pretensión colectiva.

La salud pública, como práctica social, se expresa en las políticas públicas que afectan la salud, las cuales constituyen un objeto prioritario de investigación.

A pesar de que el tema de las políticas públicas ha sido extensamente tratado por varios autores, no existe consenso sobre su definición.(54) Los autores coinciden en que se trata de decisiones que afectan al colectivo, pero sus definiciones suelen recibir serias críticas relacionadas con el

contenido de la norma, sus alcances, quién debe formularlas, cómo se realiza el proceso que conduce a su aplicación, qué forma deben asumir y qué debe esperarse de ellas. Una definición relativamente general propone que las políticas públicas son conjuntos de sucesivas decisiones y acciones que asume un sistema político frente a situaciones socialmente problemáticas, con el propósito de resolverlas o llevarlas a niveles manejables.(55)

Existe en la literatura una preocupación por la definición de política pública, que en construcción recibe el análisis de los autores de los cuales, Roth Deubel hace un breve recorrido. Por ejemplo, muestra como Hecio y Wildavsky (1974) definen «política pública como una acción gubernamental dirigida hacia el logro de objetivos fuera de ella misma»; la que es definida por Mény y Thoenig (1986) como «la acción de las autoridades públicas en el seno de la sociedad»; y por Muller y Surel (1998) como la política que «designa el proceso por el cual se elaboran y se implementan programas de acción pública, es decir dispositivos político-administrativos coordinados, en principio, alrededor de objetivos explícitos”. Este debate conceptual muestra de fondo, en la visión de Roth Deubel que el planteamiento de la política pública está constituida por las acciones gubernamentales frente a un problema o una controversia en particular.

Desde la corriente institucionalista, que confiere un papel protagónico al Estado,(56) las políticas públicas solo pueden concebirse a través de la mediación estatal. Esta corriente cuenta con un gran apoyo en el ámbito internacional, sin embargo ha sido objeto de varias críticas importantes, entre las que se destacan las siguientes:

1. Los enfoques institucionalistas tradicionales desconocen la presión creciente que los grupos económicos privados vienen ejerciendo sobre los Estados y los gobiernos al momento de definir las políticas públicas y que ha dado como resultado que muchas políticas públicas defiendan paradójicamente los intereses privados de los grupos económicos más poderosos.
2. Varios análisis han puesto en evidencia el debilitamiento cada vez mayor de los Estados de la periferia frente a la gestión de sus propios problemas y sus decisiones.(56) Esta crítica supone que hay una profunda contradicción entre el discurso institucionalista

que sujeta las políticas públicas a la gestión del Estado mientras por otra parte se propende por el debilitamiento de los Estados frente a la presión de los grupos que controlan los mercados.

3. La tercera crítica apunta a la concepción del Estado como ente neutral y destaca que el Estado nunca ha sido ni lo es hoy un organismo neutral, porque su naturaleza es esencialmente política y en su estructura y operación convergen los poderes que se imponen en una sociedad y rigen su rumbo.

De todos modos, las críticas a la concepción neutral y estatal de las políticas públicas no pretenden descalificar el papel protagónico del Estado en la gestión de las políticas públicas sino, por el contrario, llamar la atención sobre la influencia creciente que a este respecto están jugando los grupos económicos, quienes imponen sus directrices utilizando los Estados y los gobiernos como instrumentos políticos. Estos análisis insisten en la presión de los intereses privados sobre la gestión de las políticas públicas mediante mecanismos que operan desde el mercado y desde la opinión pública a través de los medios.

Otro debate relacionado con la aproximación a las políticas públicas se refiere a la noción de lo público, un término cargado de contenidos ideológicos y políticos de diferente origen, donde tampoco se encuentra un consenso. Desde los autores institucionalistas, lo estatal y lo público suelen confundirse y consideran que un asunto es público cuando lo trata el Estado, y viceversa: todo lo que hace el Estado es por sí mismo de interés público. Otros planteamientos proponen que la noción de “lo público” es una construcción social relacionada con tres condiciones: el hecho de que las personas conozcan el asunto, que lo consideren de su interés personal y que estén dispuestas a movilizarse para defenderlo.

Si bien podría esperarse idealmente que la gestión del Estado coincida con los intereses públicos, ello no siempre es posible y, en caso de ocurrir, es producto de un proceso social complejo frecuentemente conflictivo. En este sentido, lo público se convierte en el producto de forma como en un grupo se construyen las necesidades e intereses colectivos, del debate social, de la negociación, de la concertación y de la formulación de acuerdos, siendo las políticas públicas directrices que recogen este producto y que, en

las sociedades democráticas sujetas al derecho, debieran ser gestionadas siempre a través del Estado.

“En principio, y con base en planteamientos de la corriente institucionalista, que han logrado cierto grado de reconocimiento en la teoría política, las políticas públicas deberían entenderse como aquellas *directrices emanadas del sistema político y legitimadas por el Estado, que se imponen al colectivo como manera de proceder frente a un asunto específico, el cual se considera de interés público*. Esta definición fija su posición frente a cuatro características muy importantes de las políticas públicas”:(57)

- “Reconoce a las políticas públicas un carácter taxativo, que las diferencia claramente de las recomendaciones o las buenas intenciones; las políticas públicas son, por definición, de obligatorio cumplimiento, y obligan tanto a ciudadanos como a gobernantes. Desde esta perspectiva, carece de sentido formular políticas públicas para que unos u otros las desconozcan a su arbitrio y conveniencia.”
- “Reconoce al Estado el papel protagónico en la formulación y gestión de las políticas públicas, e implícitamente niega la competencia directa de los particulares para imponer directrices taxativas al resto de la sociedad, a menos que lo hagan a través del Estado.”
- “Exige a las políticas públicas una especificidad referida tanto al asunto que pretenden resolver como a la manera de proceder frente a él. Las políticas públicas deben precisar entonces un objeto o ámbito de acción al que harán referencia sus lineamientos, y éstos a su vez deben dar lugar a acciones claras y definidas.”
- “Supone que el objeto de la política es un asunto de interés público. Los asuntos no son públicos por ser estatales, sino por comprometer intereses colectivos. A diferencia de los asuntos privados que se asocian con decisiones individuales y no afectan la decisión de los demás, la noción de lo público se asocia con aquellos procesos de elección cuyo resultado tiene un efecto colectivo.”

Las políticas públicas se expresan de diferentes formas: (58)

1. En las normas jurídicas: Constitución, leyes, acuerdos, decretos, resoluciones y actos administrativos de los entes gubernamentales.
2. En los esquemas técnicos de decisión: Planes, programas y proyectos.
3. En los contratos del Estado con los particulares para resolver problemas de interés público como transporte, educación, salud, comunicaciones y servicios públicos. Esta expresión de las políticas se ha vuelto cada vez más común en Colombia en los últimos años, y ha dado lugar a lo que algunos autores critican como privatización de las políticas públicas.
4. En las normas que la cultura incorpora como ruta de acción frente a un asunto de interés público. En Colombia se han descrito algunas experiencias exitosas donde los gobernantes han promovido en la población la construcción cultural de normas de tránsito, de convivencia y de control ambiental.

1.7.2 Más allá de lo sectorial: las políticas públicas y la salud.

Muchas políticas públicas pueden afectar la salud, directa o indirectamente y su análisis ha dado origen a dos conceptos diferentes aunque relacionados entre sí: las Políticas Públicas de Salud y las Políticas Públicas Saludables.(59)

Con frecuencia, la literatura se refiere a una **Política de Salud** como al curso de acción que afecta al conjunto de instituciones, organizaciones, servicios y condiciones financieras del *sistema de atención sanitaria*;(56) es frecuente también que las publicaciones se refieran a las **Políticas de Salud** como políticas sectoriales de los ministerios del ramo. Ya Walt ha anotado que esta concepción se queda corta, pues la salud no depende solo de los servicios médicos y éstos suelen afectarse también por acciones e intenciones de otros agentes como el público, el sector privado y organizaciones voluntarias.(56)

En contraste con el énfasis de las **Políticas de Salud** en los servicios de salud, Hancock acuñó el término **Política Pública Saludable** (Healthy Public Policy)(60;61) con la intención de estimular el pensamiento sobre los demás determinantes de la salud y no solo sobre las políticas dirigidas a generar o mantener sistemas de atención médica. La noción de **Política Pública Saludable** ha sido propuesta también por Nancy Milio(62) para superar la estrechez conceptual de quienes proponen políticas de salud centrados solo en los servicios de salud, ampliando el concepto a todas aquellas acciones realizadas por organizaciones públicas, privadas y voluntarias que, al modificar las condiciones en que vive la gente y modificar sus opciones de decisión, tienen un impacto favorable en su salud.

En el sentido amplio, una **Política Pública Saludable** se ocupa entonces, tanto de los efectos del ambiente y las condiciones socioeconómicas sobre la salud, como de la provisión de asistencia sanitaria(56). En consecuencia, una **Política Pública Saludable** podría definirse como toda política, generada o no en el sector, y dirigida a promover la salud y/o prevenir la enfermedad cuyos objetivos debieran estar orientados a reducir equitativamente en la población los riesgos de enfermar y exponerla equitativamente a condiciones saludables.(63) Si pretenden ser exitosas, las **Políticas Públicas Saludables** deben aumentar la gama de opciones para que la población pueda tomar las mejores decisiones y al menor costo económico y personal. (63) La noción propuesta por Milio tiene la ventaja de ampliar la perspectiva de los analistas y puede ser muy útil para calificar una **Política de Salud** como promotora de la salud, pero no puede aplicarse a todas las políticas relacionadas con la salud, como si la bondad de sus efectos fuera algo intrínseco a su naturaleza.(64)

En esta documento, las **Políticas de Salud** se definen, en un sentido amplio, como aquellas directrices *emanadas del sistema político, que se imponen de forma específica a la práctica social con el carácter de norma para el colectivo y que directa o indirectamente afectan su salud, no solo favorable sino desfavorablemente.* (65)

Veamos un poco más de cerca las implicaciones de esta concepción.

Si se restringe la noción de **Políticas de Salud** solo a aquellas políticas que promueven la salud

se estarían dejando de lado las grandes decisiones sobre el consumo de tabaco, la contaminación industrial y la reducción e los ingresos de los trabajadores. Una concepción amplia de las **Políticas de Salud** impone al analista la tarea, no solo de describirlas sino de valorar su beneficio y también su perjuicio.

Por otra parte, las **Políticas de Salud** no son públicas por ser estatales sino por afectar los intereses colectivos y en la medida en que se contruyan socialmente como un interés público.

Si se considera la salud como un bien de interés público, toda **Política de Salud** es por sí misma una **Política Pública de Salud**. Sin embargo, este enunciado es realmente un prejuicio ético más que un axioma teórico, porque dicho carácter va ligado al reconocimiento que cada sociedad haga de la salud como bien de interés público y ello no ocurre de la misma manera en las diferentes regiones del mundo.”

Desde la perspectiva de la salud pública, el desarrollo de la investigación, la ciencia y la tecnología, debe también estar orientado a brindar elementos que permitan tomar decisiones, orientadas al logro de las prácticas sociales que contribuyan al mejoramiento de la salud y la calidad de vida de la población, refrendadas por la II Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública:

- Construcción de entornos saludables y mejoramiento de las condiciones de vida
- Desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y la salud
- Generación de inteligencia en salud
- Atención a las demandas y necesidades en salud
- Garantía de la calidad y la seguridad de los bienes y servicios
- Intervención sobre los riesgos y daños colectivos

1.7.3 Las reformas en las políticas sanitarias

Muchas políticas no son más que el producto de cambios en el contexto socioeconómico, y solo se entienden a la luz de estos procesos.

En Colombia, la reforma sanitaria es una política de segunda generación subordinada a la política económica (reforma de primera generación).(66) La historia de este proceso es larga pero sus antecedentes inmediatos pueden comprenderse desde la postguerra europea. En una Europa destruída por la guerra, sin vías, sin comunicaciones, sin infraestructura para la producción, habitada por una población en la miseria y sin capacidad adquisitiva, sumida en una crisis social y económica de una magnitud enorme, el Estado salió en ayuda del mercado: en cumplimiento del plan Marshal, los Estados europeos canalizan la inversión social hacia la infraestructura e invierten en servicios para mejorar las condiciones sociales y la capacidad de consumo de la población; en pocos años los países europeos se recuperan y se revigoriza el mercado. Este modelo europeo es lo que los analistas denominan “estado del bienestar”.

Los estados del bienestar constituyen un momento importante en la historia del capitalismo donde el papel protagónico del Estado frente a las necesidades sociales permite a los mercados salir de una profunda crisis. El mecanismo reactivador funcionó por varios años. En la búsqueda permanente de nuevas fuentes de enriquecimiento, el mercado encontró a mediados de los 80 que los servicios públicos constituían una fuente potencial de utilidades que permanecía inexplorada. Sin embargo, los servicios públicos eran ofrecidos por el Estado bienestarista que tenía el monopolio de escuelas, hospitales, hidroeléctricas y acueductos. Un Estado que ya había cumplido su función estabilizadora, se convierte ahora más en un obstáculo que en un mecanismo útil para el mercado. Desde la escuela de Chicago, Milton Friedman y los ideólogos de la economía liberal formulan fuertes críticas contra el Estado bienestarista, desacreditan su eficiencia, y cuestionan su honestidad para manejar bienes y servicios; las nuevas corrientes económicas proponen en cambio que el mercado es mucho más eficiente para resolver las demandas de la gente, y que debe promo-

verse la iniciativa privada. Los beneficiarios directos de los planteamientos de Friedman son los dueños del capital y los grandes inversionistas que están a la espera de los futuros contratos y negocios en comunicaciones, educación y salud. Con el respaldo de estos grupos, el modelo neoliberal se expande rápidamente y genera una serie de “reformas” dirigidas a facilitar la internacionalización y libre flujo de los capitales, la expansión de los inversionistas al ámbito del mercado de servicios, el desmonte de controles nacionales mediante el debilitamiento de los estados periféricos, el cambio de la cooperación internacional por el empréstito y la reducción del gasto público que ahora se reorienta al pago de la deuda.(67)

1.7.3.1 Reformas de primera generación

En América Latina las reformas socioeconómicas se propusieron a mediados de los 80 como la solución para superar las condiciones de pobreza. Las primeras políticas de modernización liberal del Estado fueron de tipo socioeconómico y se orientaron a la liberalización de capitales, la transformación de la cooperación internacional en el negocio de los empréstitos, y la reducción del Estado.(68)

Paradójicamente los estudios sobre el desarrollo social y económico de América Latina muestran que el modelo fracasó sistemáticamente pues aumentó la concentración de la riqueza y la brecha entre ricos y pobres. En concepto de Stiglitz,(69) las reformas aumentaron la exposición de los países al riesgo sin acrecentar su capacidad para enfrentarlos; las reformas macroeconómicas han sido desequilibradas pues se centraron en la inflación y prestaron poca atención al desempleo y el crecimiento, y las reformas impulsaron la privatización y el desarrollo de sistemas privados, pero dieron escasa importancia al desarrollo del sistema público.

1.7.3.2 Reformas de segunda generación

Las reformas de segunda generación se refieren a los cambios en la gestión del sector social y sus servicios.(70) En relación con los sistemas

de servicios de salud, las reformas se originan en dos frentes ideológicos diferentes. Desde los años 80, la Organización Panamericana de la Salud impulsó en América Latina la descentralización de los servicios como una estrategia para flexibilizarlos y acercarlos a las necesidades de las comunidades. (71) Paralelamente la escuela de Chicago, asumía que los sistemas instalados en los estados de bienestar eran ineficientes y que los modelos de mercado resuelven mejor los problemas públicos promovía otro enfoque; en vista de la ineficiencia de los servicios a cargo del estado proponía desmontar su monopolio y sustituirla por servicios privados. En Colombia este principio hizo carrera y la justificación de la reforma sanitaria en la ineficiencia del Sistema Nacional de Salud es un lugar común entre los analistas. (72) Varios análisis de la época coinciden en mostrar las fallas del viejo Sistema Nacional de Salud, lo más posible sin embargo (como lo demostró posteriormente el desarrollo del modelo) es que la verdadera justificación de la reforma se apoyara más en los intereses económicos en juego que en la intención de mejorar la salud pública.

1.7.4 El proceso de reforma sanitaria en Colombia

Más que un proceso técnico, la reforma sanitaria colombiana es producto de un movimiento global que, en el campo de la salud, refleja los intereses económicos de los inversionistas nacionales e internacionales en el mercado de los servicios sanitarios. Desde este punto de vista la reforma es un proceso político que responde a intereses económicos en el controlar del negocio de los servicios médicos. (73)

En Colombia, la reforma sanitaria fue impulsada por el gobierno de Gaviria, en seguimiento de las políticas del Banco Mundial(74) y con el apoyo de la élite económica del país, con base en estrategias y principios muy similares a los que aplicaron la reforma de primera generación, y con poca participación de otras agencias. (75)

La Ley 100 de 1993 fue la expresión concreta de una tendencia internacional en el campo de la reforma de la seguridad social, (76) que estuvo expuesta a un contexto particular y que sucede a un complejo proceso de reforma política donde

se habían dado ya otros momentos cruciales: “La descentralización de la administración pública y la transferencia de responsabilidades y recursos a los municipios; la descentralización de las instituciones de salud (Ley 10 de 1990); la Asamblea Nacional Constituyente (Enero – Junio de 1991); la Comisión de Seguridad Social establecida por la nueva Constitución para definir los puntos básicos de un proyecto de seguridad social (Julio – Diciembre de 1991); la formulación del proyecto de reforma (1992); el debate en el Congreso con sus diferentes etapas: comisiones, sesiones plenarias, y el proceso de conciliación (1993); la redacción de la entidad reguladora de la reforma (Enero – Agosto de 1994); los decretos de transición (1995) y el proceso de implementación”. (77)

En este contexto, el Gobierno Colombiano se propuso varias estrategias dirigidas a promover la reforma, que algunos investigadores han agrupado en tres: (75)

- Formular nuevos esquemas de relación
- Promover la creación de nuevos actores en el sector
- Transformar los viejos actores.

Al igual que en otros países de América Latina, el proceso en Colombia estuvo a cargo de un “equipo de cambio” reclutado por el gobierno, técnicamente competente en economía, con fuertes vínculos verticales con oficiales de alto rango en el Gobierno y con vínculos horizontales entre sí y con otros núcleos decisores de la política económica (el Ministerio de Hacienda y Planeación Nacional). Desde esta perspectiva el hecho de que el Ministerio de Salud se haya entregado a un economista no responde a un capricho del presidente. Tampoco lo es que los altos cargo de dirección del sistema al nivel nacional, departamental y municipal se hayan entregado a profesionales con más interés en las finanzas que en salud pública.

Desde la Universidad de Harvard, González y Bossert han estudiado los procesos de reforma en México, Colombia y Chile encontrando grandes semejanzas entre ellos; específicamente en el caso de Colombia, los investigadores han destacado el papel de este pequeño grupo para liderar la reforma en salud en el país. De acuerdo con su investigación, este grupo estaba constituido por jóvenes que habían participado en

reformas económicas de primera generación y que eran ajenos al sector de la salud pública, cuyo éxito estuvo relacionado con varios factores: a) su capacidad para desarrollar argumentos técnicos que dieran a la reforma un soporte de datos confiables y creíbles; b) su gran capacidad de cabildeo ante el Congreso y las élites económicas que veían en la reforma una jugosa fuente de utilidades y c) su aislamiento durante la etapa de formulación de las políticas, para que pudiera generar un paquete único y coherente.(75) “El aislamiento fue en parte por la premura del tiempo, pero también fue una estrategia deliberada dirigida a retener el control sobre la reforma” (78), aislar a grupos de interés adverso y limitar la influencia de actores que se oponían a la propuesta.(75)

Sin embargo, durante la implementación de la reforma fue necesario involucrar otros sectores que inicialmente tuvieron menor capacidad de influencia. Al hacer énfasis en la regulación, los gestores de la reforma tanto en Chile como Colombia suponían que los actores nuevos y las nuevas reglas del juego para el sector iban a forzar un cambio en la institucionalidad, sin necesidad de una confrontación directa en este campo; la reestructuración de las instituciones estatales correspondería a una segunda fase. (79). Hay que reconocer que acertaron en su estrategia y que la regulación desencadenó otros cambios, mucho más profundos, sobre la respuesta social. En la práctica durante la implementación, el debilitamiento de los hospitales y de la capacidad rectora de los organismos estatales de salud no solo hacen más fácil su reestructuración sino que se esgrime como argumento para liquidarlos, fusionarlos o reformarlos.(80)

Durante la implementación de la reforma, las instituciones privadas también cambiaron y refinaron notablemente su capacidad para obtener utilidades. En poco tiempo las aseguradoras se consolidaron como uno de los sectores económicos de mayor desarrollo, fortalecieron su poder financiero, traspasaron su negocio inicial e incursionaron en la prestación directa de los servicios con lo que mejoraban sus ganancias. Diez años después de la reforma se han convertido en el poder hegemónico del sistema. Una vez aprobada la ley, la fase de implementación de la política ha estado dominada por las EPS que en poco tiempo controlaron los recursos financieros y tienen en la actualidad un poder

enorme sobre los demás actores y sobre el mismo gobierno.

El poder político de las aseguradoras depende de su poder financiero y sus vínculos con las élites políticas y económicas del país. Los investigadores consideran que “fuera del Congreso, existen otros grupos que intervienen en el proceso de desarrollo de políticas tales como asociaciones de productores, sindicatos, institutos privados de investigación, los medios, y grupos particulares que son afectados por decisiones sobre políticas. Aunque todos tienen cierto grado de influencia en ciertas etapas del proceso, son más vulnerables a la agenda del Estado por su falta de representación, la fragmentación en su interacción con los funcionarios públicos, y los mecanismos deficientes para afectar la formulación de políticas”.(81)

Las organizaciones sociales han cambiado a lo largo de la historia. A decir verdad la participación social en el viejo Sistema Nacional de Salud, nunca pasó (con honrosas excepciones) de una presencia instrumentalizada en comités institucionales con poca capacidad para incidir en las decisiones públicas. Es posible afirmar entonces que los usuarios han jugado un papel muy pobre en la formulación e implantación de la reforma; fuera de la acción de tutela y la movilización popular, los usuarios tienen muy pocos mecanismos efectivos para influenciar la política pública; no existe un defensor del enfermo y muchos de ellos no tienen la suficiente información sobre sus derechos. (82)

En cada una de las etapas que ha recorrido la formulación y puesta en marcha de la política, hubo un juego particular de intereses que se ha incorporado a la normatividad de manera explícita o implícita. Las tensiones dieron origen a dos tendencias: los grupos pro-mercado, defensores del modelo neoliberal, y los grupos estatistas defensores de un estado social fuerte y activo en el campo de lo público; las controversias más marcadas se dieron acerca de las ideas de solidaridad y eficiencia, y los roles del estado y el mercado. Los intereses no solo exigían que la ley incluyera explícitamente una frase, como que no la incluyera o la dejara insinuada. Los grupos pro-mercado sustentaron su influencia en su cohesión interna, su competencia técnica en microeconomía y finanzas, los vínculos vertica-

les y horizontales con los núcleos de poder del gobierno y las élites económicas, y el apoyo de agencias internacionales como el Banco Mundial y la Universidad de Harvard, el acceso a información crítica que manejaron a discreción, y el control selectivo sobre la participación de otros grupos.(72) (83). La argumentación económica se constituyó en un mecanismo que limitaba de hecho la participación de otros actores. (84) Por su parte, los grupos pro-estadistas, muy débiles durante el período de formulación de la política y sin respaldo político ni internacional, han actuado de manera desarticulada, y su poder para influenciar la política se ha relacionado más con la capacidad de movilizar a los gremios afectados y a la opinión pública. Por diferentes razones, las universidades colombianas y sus académicos han tenido en este proceso un papel muy pobre.

1.7.5 Otra vertiente de las reformas: las políticas internacionales de salud

Los procesos de reforma sectorial se expresan en las políticas de salud, aunque no se agotan en ellas, pues dependen en gran parte de los cambios que se dan al interior del Estado, del gobierno y de la sociedad. Han sido múltiples las reformas que, a partir del Estado, se han generado al Sistema de Salud y las políticas que lo rigen. Estos cambios no han sido exclusivos de América Latina ni del sector salud sino que han involucrado también los sectores que tienen relación la vida económica, social y política de los países, como elementos necesariamente vinculados a la calidad de la salud de las comunidades.

En relación con las políticas del sector han jugado un papel importante las Conferencias Internacionales sobre promoción de la salud y las Metas del Milenio.

Desde la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en noviembre de 1986, la Carta de Ottawa (8) estableció como condiciones y requisitos para la salud: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Agregando que cualquier mejora de la

salud ha de basarse necesariamente en estos prerequisites. El mismo documento propone las estrategias para lograrlo:

- Construir una política pública saludable
- Crear entornos que apoyen la salud,
- Fortalecer la acción comunitaria,
- Desarrollar habilidades personales, y
- Reorientar los servicios de salud.

Es innegable que para lograrlo se requiere, como lo plantean diversos autores, el concurso de todos los sectores, no solamente el de la Salud.

Por su parte, en 1995 el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud definió cinco principios rectores de la salud: equidad, eficiencia, efectividad, calidad, sostenibilidad y participación social. En seguimiento de estas políticas, las reformas sanitarias deberían apuntar a la implementación y mantenimiento de estos principios.

En 2000, los líderes mundiales que participaron en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas realizada entre el 6 y el 8 de setiembre, se trazaron ocho objetivos de desarrollo a lograrse para el año 2015 conocidos como los *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. (85) Estos lineamientos expresados como resultados esperados, abarcan desde la reducción a la mitad la pobreza extrema hasta la detención de la propagación del VIH/SIDA y la consecución de la enseñanza primaria universal. Los *Objetivos de desarrollo del milenio* constituyen un plan convenido por todas las naciones del mundo y todas las instituciones de desarrollo más importantes al nivel mundial para ayudar a los más pobres del mundo.

Organización de las Naciones Unidas 2000 Objetivos de Desarrollo del Milenio

1. Reducir a la mitad la pobreza extrema y el hambre
2. Lograr la enseñanza primaria universal
3. Promover la igualdad entre los sexos
4. Reducir la mortalidad infantil
5. Reducir la mortalidad materna
6. Detener la propagación del VIH/SIDA y el paludismo
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo, con metas para la asistencia, el comercio y el alivio de la carga de la deuda

La OMS considera que en muchos países los sistemas de salud son aún débiles y en algunos casos inexistentes, y que sin un fortalecimiento significativo de sus sistemas de respuesta, no podrán alcanzar las metas del Milenio, especialmente las metas 4,5 y 6. (86) Los principales obstáculos para alcanzar los Objetivos del milenio se han relacionado con: a) La falta de recursos financieros, b) la ineficiencia de los modelos de gestión de los recursos y c) la debilidad de los sistemas de servicios de salud.

Se considera que la investigación podría contribuir de manera importante a superar estas limitaciones.(26) Sin embargo, en la mayoría de los países, las reformas sanitarias se han centrado en impulsar cambios en la estructura financiera y en la búsqueda de eficiencia económica que tiene que ver fundamentalmente con la atención médica, en el cambio de la estructura y la descentralización, pero poco en lo relacionado con el apoyo a la investigación y la inversión en tecnología.(26)

1.7.6 La investigación de las políticas públicas

La *investigación en políticas públicas* se refiere al conjunto de procedimientos dirigidos a generar conocimiento nuevo y válido acerca de las directrices que afectan el interés público, aplicando para ello principios, métodos y técnicas aceptados como válidos por el cuerpo de científicos que trabaja en el área. Este argumento reconoce, en el caso particular de las políticas públicas, lo que es una práctica común a toda investigación: la convencionalidad de su objeto y de sus métodos. (87)

“Dado que las políticas son más el producto de la interacción de actores que perciben las situaciones cotidianas de acuerdo con sus propios intereses y valores, la gestión de las políticas públicas debe preocuparse especialmente por los intereses de los actores políticos y de considerar seriamente los diferentes eventos involucrados en los procesos de interacción política que derivarán en la adopción o rechazo de una política. De nuevo sería conveniente apoyarnos en la recomendación de Walt. Los análisis de no deben limitarse solo a la descripción formal de políticas en marcha ni a evaluar sus efectos, sino que deben preocuparse por eventos que han ocurrido antes y donde puede estar la clave de los cambios: las preguntas se derivan entonces hacia los actores y sus intereses, hacia la forma como éstos perciben o no las situaciones como problemas, hacia sus interacciones de poder y los sistemas políticos que estas interacciones configuran, en fin, al proceso político y sus diferentes componentes. (56) Podrían entonces revelarse como ineludibles, tanto en lo macro como en lo micro, las siguientes preguntas, alrededor de las cuales ya hay referencia en la literatura publicada:” (88)

Para efectos de la investigación es útil considerar que las políticas públicas son el resultado de cinco elementos que se articulan en la norma: (89)



Preguntas sobre el contenido:

Estas preguntas se refieren a la estructura de la política (¿Cuál es la esencia de la directriz? ¿Cuál es su objeto? ¿Cuáles son sus estrategias?), a su racionalidad de la política (¿Cuáles son sus principios explícitos? Implícitos?) y a su coherencia interno o con otras normas. Las preguntas relacionadas con el contenido suelen demandar técnicas de análisis formal y la aplicación de principios hermenéuticos que resalten o revelen los significados y las consecuencias de los planteamientos.

Preguntas sobre el contexto:

Los estudios por el contexto se interesan por el conjunto de situaciones externas al proceso, que conducen tanto a la dinámica del problema como al planteamiento de la solución. En relación con el problema el investigador puede preguntarse cuáles fueron los antecedentes externos que condujeron a plantear el problema y la política; qué condiciones llevaron al grupo a poner el problema en la agenda y a formularlo de una determinada manera y no de otra.

Preguntas sobre los actores:

Este grupo de preguntas reviste especial importancia si el investigador quiere llegar a la esencia de la política. Los interrogantes se refieren a

los intereses individuales y sociales que convergen en la política en diferentes momentos. Los intereses pueden relacionarse con la generación, mantenimiento o solución de dichos problemas. Los estudios pueden interesarse por los actores involucrados en el problema o los tomadores de decisiones. La caracterización de los actores que participan en el proceso político, sus intereses, conflictos y alianzas, su *modus operandi* frente a la agenda política y su correlación de fuerzas, constituyen la clave para la comprensión de la política pública, y como tal deben ser objeto prioritario de la investigación. Entre los actores a caracterizar reviste especial importancia el Estado; ello exigirá al investigador dar cuenta de las concepciones, estructura y funcionalidad del Estado que constituyen el contexto de su análisis y condicionan la gestión de las políticas públicas. Sin embargo, en el mundo globalizado, otros actores pueden tener tanta o más capacidad para posicionar sus intereses en la agenda política; entre ellos: los grupos económicos (incluyendo los medios de comunicación que son de su propiedad), los grupos políticos, los grupos de presión y las agencias privadas con o sin ánimo de lucro. (90)

Preguntas sobre el proceso:

Estos interrogantes se refieren al conjunto de acciones involucradas en la toma de la decisión, desde la construcción del problema hasta la valoración de sus efectos. ¿De qué manera se toman y aplican las decisiones? ¿Cómo construye el grupo sus necesidades (demandas)?; ¿Quién define la agenda?; ¿Quién impone la agenda política? ¿Cómo se obtienen los "respaldos" de los diferentes grupos de la población a la política? ¿Cómo se realizan las relaciones de poder entre los actores: ¿violentamente?, ¿por decisiones concertadas?, ¿por imposiciones no violentas? No todos los intereses logran posicionarse en la agenda política como decisión. El hecho de que algunos de ellos sucumban a la confrontación y otros se impongan al resto del colectivo como directriz, es un elemento clave en la gestión de las políticas y su valoración debe ser uno de los objetivos del investigador. (medios de comunicación, publicidad)

La caracterización del poder y de la forma como este tipo de relaciones se estructuran y operan en la sociedad, constituye una cuestión ineludible para el investigador, puesto que los sistemas

de poder se imponen a la gestión y a la comprensión de cualquier política pública. (91)

Preguntas sobre el resultado de la directriz.

Toda política tiene implicaciones, favorables o desfavorables, sobre el problema y sobre otros eventos. La preocupación del investigador puede ser qué tan acertada ha sido la política para resolver el problema, qué efectos secundarios ha tenido; quiénes se han beneficiado de ella; quiénes han salido perjudicados; cuáles han sido los costos que ha pagado la sociedad por el resultado obtenido; y qué tan justificables son los esfuerzos que se hacen para resolver el problema.

Referencias

- (1) Gómez-A RD. Salud Pública: Consecuencias de la Polisemia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2002;20(1).
- (2) Franco-Agudelo S. Teoría y práctica de la salud pública. 1993. Medellín, Facultad Nacional de Salud Pública. Ciclo: Objeto de la salud pública. Ref Type: Pamphlet
- (3) Franco G A. Los temas de la Salud Pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2002;20(1):5-7.
- (4) Organización Mundial de la Salud. Carta de Constitución. Ginebra; 1948.
- (5) Organización Mundial de la Salud. Salud Para Todos en el año 2000. Ginebra: OMS; 1978.
- (6) Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata: Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud, Alma Ata (URSS). 1978. Ref Type: Serial (Book,Monograph)
- (7) Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. 13-22. 2000. Ref Type: Serial (Book,Monograph)
- (8) Canadian Public Health Association. Ottawa Charter for Health Promotion. 1-4. 1986. Ottawa (Canadá), International Conference on Health Promotion. Ref Type: Generic
- (9) Pedersen D. La construcción cultural de la salud en América Latina. In: Pinzón C, SR, Garay G, editors. Cultura y Salud en la construcción de las Américas. Reflexiones sobre el sujeto social. Bogotá: COLCULTURA - ICAN - CIPLSP; 1999. p. 141-52.
- (10) Mieles E, Prada G. Necesidades o Derechos, cómo medir la pobreza? Periódico U N 2005 Mar;72.
- (11) OPS/OMS. La Salud en las Américas. Washington: OPS/OMS; 2002. Report No.: Volumen 1 y 2.
- (12) Berkman L, Lochner KA. Social Determinants of health: Meeting at the crossroads. Health affairs 2002 Mar.
- (13) OMS. Social Determinants of health. The solid facts. 2nd edition ed. 2003.
- (14) Muñoz F, et al. Las Funciones Esenciales de la Salud Pública: Un tema Emergente en las Reformas del Sector de la Salud. Revista Panamericana de Salud Pública 2000;8(1/2).
- (15) Organización Panamericana de la Salud. Funciones esenciales de salud pública. Washington: OPS; 2000 Apr. Report No.: CE126/17.
- (16) Gómez-Arias R. Evaluar la salud o evaluar un negocio? Consecuencias de confundir un sistema de salud con un sistema de servicios de salud. Facultad de Salud Pública UdA, editor. 2005. Ref Type: Unpublished Work
- (17) Krieger N. Epidemiology and the Web of causation: Has anyone seen the spider? Soc Sci Med 1994;39(7):998-03.
- (18) Susser M, Susser E. Choosing a futures for Epidemiology: Eras and Paradigms. Am J Public Health 1996;86:688-73.
- (19) Max-Neef M, Elizalde A, Hopenhayn M. Desarrollo a escala humana: Una opción para el futuro. Motala Grafiska Suecia; 1986.
- (20) Max-Neef M, Elizalde A, Hopenhayn M. Desarrollo a escala humana: Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones. Barcelona: ICARIA Editorial; 1993.
- (21) Breihl J. Lecturas opuestas del papel de la epidemiología y la reforma en salud: El Debate sobre los Modelos de Desarrollo Humano Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía (Brasil); 2000.

- (22) Terris M. Perspectiva mundial de los sistemas de salud. México: Siglo XXI; 1980.
- (23) Alliance for Health Policy and Systems Research. Strengthening health systems: the role and promise of policy and systems research. Geneva: Global Forum for Health Research; 2004.
- (24) Fullilove R, Edgoose J, Fullilove M. Chaos, criticality and public health. Editorial. *J-Natl-Med-Assoc* 1997;89(6):311-6.
- (25) Terris M. Sistemas mundiales de salud. HM. 1980. Medellín, Facultad Nacional de Salud Pública. Ref Type: Pamphlet
- (26) Cardona-Osorio J. El concepto de salud, enfermedad y salud pública según los diferentes modos de producción. *Revista Centroamericana de Administración Pública* 1987;12:103-36.
- (27) Gómez-Arias R. Tendencias de la prestación de los servicios de salud en la nueva estructura sanitaria del país. Seminario taller: la docencia servicio y los sistemas locales de salud.; Universidad de Antioquia; 1993.
- (28) Gómez L, Astier P, Aibar C. Modelos de sistemas sanitarios. In: Piédrola G, et al, editors. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 10 ed. Barcelona: Masson; 2001. p. 1105-11.
- (29) Yepes-Luján F, Jaramillo-Pérez I, et al. Las reformas de la salud a partir de la ley 100 de 1993: Los logros, las pérdidas, los problemas, acciones a recomendar. Bogotá: ASSALUD; 2005.
- (30) Yepes-Luján F, Rivera S, Sanchez L, et al. Diseño y Aplicación de una Encuesta para la Evaluación de las Acciones de Promoción y Prevención del Plan de Atención Básica de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y del Logro de Las Metas del Plan de Atención Básica- PAB Departamental y Distrital. Bogotá: ASSALUD; 2004 Dec 14. Report No.: Informe final preliminar.
- (31) Arbeláez M, Gaviria M, Franco A, Restrepo R, Hincapié D, Blas E. Tuberculosis control and managed competition in Colombia. *Int J Health Plann Mgmt* 2004;2004(19):S25-S43.
- (32) Cardona A, Nieto E, Arbeláez M, Agudelo H, Chávez B, Montoya A, et al. Impacto de la Reforma de la Seguridad Social sobre la Organización Institucional y la prestación de los Servicios de Salud en Colombia. Medellín: Vieco e Hijas Ltda; 1999.
- (33) Kroeger A, Ordoñez-Gonzalez J, Aviña A. Malaria control reinvented: health sector reform and strategy development in Colombia. *Tropical Medicine and International Health* 2002;7(5):450-8.
- (34) Londoño J, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health sector reform in Latin America. *Health Policy* 1997;41(1-36).
- (35) World Health Organization. Investing in health and development. Report of the ad hoc committee on health research relating to future intervention options. Geneva; 1996.
- (36) OECD, World Health Organization. Poverty and health. Paris; 2003.
- (37) World Health Organization. Improving health outcomes of the poor. Geneva; 2002.
- (38) World Health Organization. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO; 2001.
- (39) World Health Organization. The World Health Report 2000. Geneva: WHO; 2001.
- (40) Travis P, Egger D, Davies P, Mechabal A. Towards better stewardship: Concepts and Critical Issues. In: Murray C, Evans D, editors. *Health Systems Performance Assessment*. Geneva: World Health Organization; 2005. p. 290-300.

- (41) Ugá A, Landmann C, Almeida C, Travassos C, Viacava Francisco, Mendes R J, et al. Considerações sobre o Relatório OMS 2000. Fiocruz ENSP 2000 December 14 Available from: URL: www.ensp.fiocruz.br
- (42) Roth D. Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación. Bogotá: Aurora; 2004.
- (43) Henao O. v 2005.
- (44) Vargas A. El Estado y las Políticas Públicas. Bogotá: 1999.
- (45) Walt G. Health policy: An introduction to process and power. Johannesburg: Witwatersrand University Press; 1994.
- (46) Gómez-Arias R. Gestión de políticas públicas y salud. III Jornada Nacional de Actualización en Promoción de la Salud; Manizales 2004.
- (47) Hancock T. The conservator society. Can Fam Phys 1981 Mar 26;320-1.
- (48) Hancock T. Beyond Health Care. The Futurist 1982 Aug;4-13.
- (49) Milio N. Glossary: healthy public policy. J Epidemiol Community Health 2001;55:622-3.
- (50) Milio N. Promoting health through public policy. Ottawa.: 1989.
- (51) Gómez-Arias R. Efectos de la ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia. Universidad de Antioquia; Medellín 2005.
- (52) Stiglitz J. El rumbo de las reformas: Hacia una nueva agenda para América Latina. Revista de la Cepal 2003 Aug;80:7.
- (53) Vásquez M, Siqueira E, Kruze I, Da Silva A, Leite I. Los procesos de reforma y política social en América Latina. Gac Sanit 2002;16(1):30-8.
- (54) González-Rossetti A, Mogollón O. La reforma de salud y su componente político: Un análisis de factibilidad. Gaceta Sanitaria 2002;16(1):39-47.
- (55) Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en salud. 1-17. 1993. Washington. Ref Type: Serial (Book, Monograph)
- (56) González-Rossetti A, Mogollón O. La reforma de salud y su componente político: Un análisis de factibilidad. Gaceta Sanitaria 2002;16(1):39-47.
- (57) González-Rossetti A, Bossert T. Mejorando la Factibilidad Política de la Reforma en Salud: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia y México. [36]. 2000. Iniciativa Regional de Latino América y el Caribe para la Reforma en Salud. Ref Type: Serial (Book, Monograph)
- (58) González-Rossetti A, Bossert T. Mejorando la Factibilidad Política de la Reforma en Salud: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia y México. [36]. 2000. Iniciativa Regional de Latino América y el Caribe para la Reforma en Salud. Ref Type: Serial (Book, Monograph)
- (59) González-Rossetti A, Bossert T. Mejorando la Factibilidad Política de la Reforma en Salud: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia y México. [36]. 2000. Iniciativa Regional de Latino América y el Caribe para la Reforma en Salud. Ref Type: Serial (Book, Monograph)
- (60) González-Rossetti A, Bossert T. Mejorando la Factibilidad Política de la Reforma en Salud: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia y México. [36]. 2000. Iniciativa Regional de Latino América y el Caribe para la Reforma en Salud. Ref Type: Serial (Book, Monograph)
- (61) Varela A, Carrasquilla G, Tono T. Asimetría en la información: Barreras para la implementación de la reforma en Colombia. Colombia Médica 2002;33(3):95-101.
- (62) González-Rossetti A, Bossert T. Mejorando la Factibilidad Política de la Reforma en Salud: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia y México. [36]. 2000. Iniciativa Regional de Latino América y el

- Caribe para la Reforma en Salud.
Ref Type: Serial (Book, Monograph)
- (63) González-Rossetti A, Bossert T. Mejorando la Factibilidad Política de la Reforma en Salud: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia y México. [36]. 2000. Iniciativa Regional de Latino América y el Caribe para la Reforma en Salud.
- (64) Organización de Naciones Unidas. Objetivos del Milenio. United Nations 2000 September 8 Available from: URL: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>
- (65) World Health Organization. Shaping the future: The World health report 2003. Geneva: WHO; 2003.



*LA GESTION DEL CONOCIMIENTO
Y LA SALUD*

2

*LA GESTION DEL CONOCIMIENTO
Y LA SALUD PÚBLICA*

2 LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA SALUD PÚBLICA

2.1 LA CIENCIA: FACTOR CRÍTICO PARA EL DESARROLLO SOCIAL

En junio de 1999 se realizó en Budapest la Conferencia Mundial sobre la Ciencia para el Siglo XXI convocada por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y el Consejo Internacional para la Ciencia (ICSU). La Declaración de Budapest sobre Ciencia y uso del saber científico(92) reconoció ampliamente la importancia de la actividad científica y de sus aplicaciones so-

bre el crecimiento económico y el modelo de desarrollo humano sostenible en el marco de un futuro humano que depende más que nunca de la producción, difusión y utilización equitativa del saber. Especial importancia asignó la Declaración, a una gestión del conocimiento que mitigue la pobreza. La misma Declaración reconoció la necesidad cada vez mayor de conocimientos científicos disponibles para apoyar la adopción de decisiones, ya sea en el sector público o privado, teniendo presente la influencia que la ciencia ha de ejercer en la formulación de políticas de carácter normativo o regulatorio.

**Declaración de Budapest sobre
Ciencia y uso del saber científico
Conferencia Mundial sobre la Ciencia para el Siglo XXI. Junio de 1999**

“Considerando...:

“7. el lugar que ocupan las ciencias naturales en la actualidad y la dirección que están tomando, el impacto social que han tenido y lo que espera de ellas la sociedad,

8. que en el siglo XXI la ciencia debe convertirse en un bien compartido solidariamente en beneficio de todos los pueblos, que la ciencia constituye un poderoso instrumento para comprender los fenómenos naturales y sociales y que desempeñará probablemente un papel aún más importante en el futuro a medida que se conozca mejor la complejidad creciente de las relaciones que existen entre la sociedad y el medio natural,

9. la necesidad cada vez mayor de conocimientos científicos para la adopción de decisiones, ya sea en el sector público o en el privado, teniendo presente en particular la influencia que la ciencia ha de ejercer en la formulación de decisiones de carácter normativo o regulatorio,

10. que el acceso al saber científico con fines pacíficos desde una edad muy temprana forma parte del derecho a la educación que tienen todos los hombres y mujeres, y que la enseñanza de la ciencia es fundamental para la plena realización del ser humano, para crear una capacidad científica endógena y para contar con ciudadanos activos e informados,

11. que la investigación científica y sus aplicaciones pueden tener repercusiones considerables con

vistas al crecimiento económico y al desarrollo humano sostenible, comprendida la mitigación de la pobreza, y que el futuro de la humanidad dependerá más que nunca de la producción, la difusión y la utilización equitativas del saber,

12. que la investigación científica es una fuerza motriz fundamental en el campo de la salud y la protección social y que una mayor utilización del saber científico podría mejorar considerablemente el nivel de salud e la humanidad,

13. el actual proceso de mundialización y la función estratégica que en él desempeña el conocimiento científico y tecnológico,

14. la imperiosa necesidad de reducir las disparidades entre los países en desarrollo y los desarrollados mejorando las capacidades e infraestructuras científicas de los países en desarrollo,

15. que la revolución de la información y la comunicación ofrece medios nuevos y más eficaces para intercambiar los conocimientos científicos y hacer progresar la educación y la investigación,

16. la importancia que tiene para la investigación y la enseñanza científicas el acceso libre y completo a las informaciones y los datos de dominio público,

17. la función que desempeñan las ciencias sociales en el análisis de las transformaciones sociales relacionadas con la evolución científica y tecnológica y en la búsqueda de soluciones a los problemas que ese proceso provoca,

18. las recomendaciones de las grandes conferencias convocadas por las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y otras entidades y de las reuniones asociadas a la Conferencia Mundial sobre la Ciencia,

19. que la investigación científica y el uso del saber científico deben respetar los derechos humanos y la dignidad de los seres humanos, en consonancia con la Declaración Universal de Derechos Humanos y a la luz de la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos,

20. que algunas aplicaciones de la ciencia pueden ser perjudiciales para las personas y la sociedad, el medio ambiente y la salud de los seres humanos e incluso poner en peligro la supervivencia de la especie humana, y que la contribución de la ciencia es indispensable a la causa de la paz y el desarrollo y a la protección y la seguridad mundiales,

21. que incumbe a los científicos, junto a otros importantes agentes, una responsabilidad especial tocante a tratar de evitar las aplicaciones de la ciencia que son erróneas éticamente o que tienen consecuencias negativas,

22. la necesidad de practicar y aplicar las ciencias de acuerdo con normas éticas apropiadas, fundadas en un amplio debate público,.

23. que la prosecución de la ciencia y el uso del saber científico deben respetar y preservar todas las formas de vida y los sistemas de sustentación de la vida de nuestro planeta,

24. que existe un desequilibrio tradicional en la participación de hombres y mujeres en todas las actividades relacionadas con la ciencia,

25. que existen obstáculos que han impedido la plena participación de otros grupos, de ambos

sexos, entre otros las personas discapacitadas, los pueblos indígenas y las minorías étnicas, denominados en adelante grupos desfavorecidos,

26. que los sistemas tradicionales y locales de conocimiento, como expresiones dinámicas de la percepción y la comprensión del mundo, pueden aportar, y lo han hecho en el curso de la historia, una valiosa contribución a la ciencia y la tecnología, y que es menester preservar, proteger, investigar y promover ese patrimonio cultural y ese saber empírico,

27. que son necesarias unas nuevas relaciones entre la ciencia y la sociedad para resolver apremiantes problemas mundiales como la pobreza, la degradación del medio ambiente, la insuficiencia de los servicios de salud pública, y la seguridad del suministro de alimentos y agua, especialmente relacionados con el crecimiento demográfico,

28. la necesidad de que los gobiernos, la sociedad civil y el sector de la producción asuman un compromiso firme con la ciencia y de que los investigadores científicos asuman igualmente un firme compromiso en pro del bienestar de la sociedad...”

En Colombia, la importancia de la gestión del conocimiento como un factor para el desarrollo social, **ha sido también reconocida y promovida** por Colciencias (93):

“Es evidente que la ciencia y la tecnología son un factor fundamental para el desarrollo económico de los países. En el mundo actual, dominado por tendencias dinámicas como la globalización, el desarrollo de las tecnologías de información y comunicación – TIC, la transformación de las sociedades de la información en sociedades del conocimiento, así como el progreso científico y tecnológico, se están generando profundos impactos en los diversos sectores de la actividad humana y de los negocios, así como nuevas oportunidades y grandes desafíos.... Colombia debe fortalecer su inserción en este contexto cambiante, identificar sus oportunidades y mejorar su capacidad de respuesta a los desafíos que se imponen para lograr mejorar la calidad de vida y el bienestar de la población. En esa perspectiva, el mejoramiento de la competitividad del sector productivo y de la generación de oportunidades sociales, sientan sus bases en el impulso y desarrollo de la ciencia y la tecnología. La innovación y desarrollo tecnológico, la consolidación de la comunidad científica, la investigación y la apropiación so-

cial del conocimiento son parte esencial de los propósitos de desarrollo.”

2.2 LOS RETOS DE ADMINISTRAR UN CONOCIMIENTO QUE CAMBIA

En nuestro mundo globalizado, pocos fenómenos han cambiado tanto y tan rápido como el conocimiento. Varios eventos han incidido en estos cambios:

Económico: A partir de la segunda guerra mundial; se produjo un cambio en la economía mundial, que pasó de la forma tradicional de capitalismo consolidado al interior de cada país, a un capitalismo mundial o global. Los mercados mundiales en expansión, han demandado la generación de información y de conocimiento que legitime el modelo y contribuya a su desarrollo. La gran preocupación de los Estados y de las agencias financiadoras de investigaciones se ha volcado hacia un conocimiento rentable que dinamice los mercados. De ahí que en las agendas de la investigación, particularmente en las del orden nacional, la justicia social, la redistribución del ingreso y en general la preservación de los llamados derechos económicos sociales y políticos, no figuren como asuntos prioritarios

entre los presupuestos destinados a investigación.

En este contexto, las políticas sociales y por supuesto las políticas públicas que pretenden actuar sobre esos problemas se ven sometidas a dos grandes limitantes; por una parte a la concentración de la riqueza y la apremiante escasez de recursos para políticas sociales, que obliga a los planificadores y ordenadores del gasto a una metódica priorización del mismo; y por otra a un imperativo economicista producto de una racionalidad utilitarista que privilegia la rentabilidad individual sobre los intereses públicos y considera que todas las acciones básicas del Estado están matemáticamente supeditadas al tema económico. Esta concepción desconoce que el desarrollo social presupone desarrollo económico, pero que este último no garantiza la existencia del primero.

Educativo: En todo el mundo, pero especialmente en los países no industrializados, las nuevas demandas de conocimiento han puesto en crisis al sistema educativo tradicional y han presionado a las instituciones formadoras de recursos humanos para que centren sus programas en conocimientos que generen rentabilidad a corto plazo. No se puede perder un minuto en conservar o generar otro tipo de conocimientos. En este contexto, la gestión de la enseñanza y el se limita a promover en el individuo, habilidades que le permitan incorporarse al sistema productivo global. Paradójicamente, los países que más aprovechan los recursos y la oportunidades son aquellos cuyo talento humano logra trascender la adaptación de información foránea y genera nuevos conocimientos y tecnologías mediante la investigación. El número de individuos vinculados a la investigación, se convierte entonces en factor de desarrollo y crecimiento económico y en un indicador de los logros alcanzados por un país en este campo.

Social: Algunos analistas insisten en diferenciar la sociedad del conocimiento de la sociedad de la información. Dos conceptos que aluden a fenómenos distintos pero interrelacionados. El primero hace referencia a una sociedad pos industrial, en la cual el conocimiento constituye un factor fundamental del progreso material y

cultural material que tiende a desplazar en importancia factores productivos como la tierra, el capital físico y el trabajo, por lo cual la sociedad se transforma para elevar su capacidad de producirlo, conservarlo, transformarlo y utilizado. La sociedad de la información se caracteriza por el desarrollo de las Tecnologías de la información y la Comunicación. Ambos conceptos se refieren a una organización en la que los grupos sociales, las instituciones y el Estado, condicionados por las presiones de la globalización se ven obligados a pensar globalmente y paradójicamente a actuar localmente. (26) El crecimiento de una sociedad se ha vuelto cada vez más dependiente de una masa crítica de generadores de conocimiento.

Salud: En el campo de la salud, las investigaciones se han centrado tradicionalmente en aclarar los aspectos clínicos y terapéuticos de las enfermedades, apoyadas en las demandas de la industria que se ha generado alrededor de la práctica médica, especialmente en el campo de los medicamentos y las tecnologías diagnósticas. Desde fines de los 70, el aumento en los costos de la tecnología sanitaria y el paradigma económico que privilegia la utilidad sobre los derechos sociales, han generado una inquietud creciente por las políticas sanitarias y la gestión de los servicios de salud. Este interés se refleja en las reformas sanitarias impulsadas desde la década de los 80 por los organismos financieros, en especial por el banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.(94-97)

La implantación de las reformas estimuló en el mundo el desarrollo de los estudios y las publicaciones relacionados con las políticas y los sistemas de salud, especialmente en lo que se refiere a los aspectos financieros. Menos desarrollo se ha observado en relación con la dinámica de los problemas de salud, sus determinantes y sus implicaciones sociales, donde los artífices de políticas han tenido a su disposición poca evidencia.

2.3 QUE ES LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

En todo grupo humano, el conocimiento ha estado sometido a lo largo de la historia a procesos sociales de **producción, valoración, validación, legitimación y aplicación**. Estos procesos no siempre son conscientes ni intencionales y se dan tanto en el ámbito comunitario cotidiano como en los espacios institucionales donde el saber puede sujetarse a las reglas de una disciplina.

En relación con los ámbitos institucionales, la gestión del conocimiento puede obedecer a múltiples intencionalidades y reglas.

En Colombia, la gestión institucional del conocimiento, como objeto de política pública, ha sido asumida por COLCIENCIAS, como entidad del gobierno que consolida la formulación y aplicación de la política nacional de Ciencia y Tecnología en la búsqueda de promover una mejor competitividad de Colombia y un mejoramiento en el bienestar social.

Los fundamentos de la gestión del conocimiento figuran en el documento “Lineamientos Básicos de Política de Ciencia y Tecnología” donde se especifican las principales actividades que deben realizarse para movilizar a los distintos actores del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología, e inducir cambios importantes en el desarro-

llo científico y tecnológico nacional, en la búsqueda de reducir la brecha que en esta materia exhibe el país en el contexto mundial y respecto, a algunos países de América Latina.(98)

En este documento Colciencias establece siete lineamientos básicos de política orientados a inducir acciones que permitan fortalecer las políticas y estrategias de fomento científico y tecnológico en el país:

1. Generar nuevos arreglos institucionales
2. Promover la inversión sostenible
3. Incrementar el recurso humano formado para la investigación y la innovación.
4. Hacer de la CIENCIA Y TECNOLOGÍA parte de la cultura Nacional.
5. Comprometer al sector empresarial con la innovación y el desarrollo tecnológico para la competitividad.
6. Fortalecer la investigación y lograr su competitividad internacionalmente.
7. Reposicionar la CIENCIA Y TECNOLOGÍA y la Innovación como actividades claves para el desarrollo regional.

Para lograrlo, la política de COLCIENCIAS plantea diferentes estrategias:

COLOMBIA
Lineamientos Básicos de Política de Ciencia y Tecnología
COLCIENCIAS

ESTRATEGIAS	ACCIONES
1. Generar nuevos arreglos institucionales	<ul style="list-style-type: none"> • Vincular a Colciencias al Consejo Nacional de Política Económica y Social “CONPES”. • Gestionar ante el Congreso de la República iniciativas como la reforma a la Ley 29 de 1990. • Revisar los programas actuales de CIENCIA Y TECNOLOGÍA, su alcance y vigencia y reactivar los Consejos de Programa como instancia orientadora de la Política Sectorial en CIENCIA Y TECNOLOGÍA e Innovación. • Fortalecer el sistema nacional de información en Ciencia y Tecnología y establecer indicadores de gestión de Colciencias. • Reposicionar a la universidad pública como instancia coordinadora de la agenda regional.
2. Promover la inversión sostenible es conveniente:	<ul style="list-style-type: none"> • Redistribuir los recursos ya existentes destinados a investigación. • Uso parcial de rendimientos de recursos públicos colocados en formas de fiducia en organismos internacionales. • Racionalización de la cooperación técnica internacional hacia ciencia y tecnología, incluyendo campaña de retribución efectiva a Colombia como contrapartida por los esfuerzos y costos antidrogas. • Coordinación efectiva de recursos existentes adscritos a entidades públicas. • Articulación y apalancamiento de recursos con las entidades territoriales. • Concertación de recursos con el sector privado. • Gestión de recursos internacionales para proyectos estratégicos de Ciencia Y Tecnología. • Establecimiento de un sólido sistema de seguimiento y monitoreo de la inversión en ciencia y tecnología
3. Incrementar el recurso humano formado para la investigación y la innovación requiere:	<ul style="list-style-type: none"> • Fomento de la ciencia y tecnología en la educación básica y media a través del Programa Ondas, y la Formación de Profesores. • Impulso en las áreas de Pregrado de la creación de semilleros • Apoyar a profesionales recién egresados a través del Programa Jóvenes Talentos para la Investigación y la Innovación • Establecer en el marco de Educación Continuada un programa de impulso a la creación de Jóvenes Gerentes Innovadores, en coordinación con el SENA. • Fortalecimiento de los programas de formación en Postgrados (Maestría y Doctorados)
4. Hacer de la ciencia y tecnología parte de la cultura Nacional se puede lograr a través de:	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un sólido Programa de divulgación de ciencia y tecnología • Incorporar la convergencia tecnológica en los procesos de apropiación de la ciencia y la tecnología, a través del fomento a programas y proyectos que utilicen medios multimediales, televisión, internet y medios escritos. • Consolidar los programas que adelanta Colciencias, como P²ciencia, Mente Nueva, Colciencias Com, Portafolio- innovación empresarial. • Fortalecimiento de la actividad editorial

ESTRATEGIAS	ACCIONES
	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidar la revista Colombia Ciencia y Tecnología. • Ampliar territorialmente la presencia y difusión de los museos interactivos e itinerantes de la ciencia y el juego. •
<p>5. Comprometer al sector empresarial con la innovación y el desarrollo tecnológico para la competitividad, lo cual se podría lograr por medio de:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo a la gestión, negociación, reposición y transferencia de tecnología. 2. Difusión de la línea de financiamiento Colciencias-Bancoldex, de los incentivos tributarios para el desarrollo tecnológico. Alianza con las Cámaras de Comercio para facilitar la difusión y gestión. 3. Fortalecimiento de las Incubadoras de Empresas, Centros Regionales de Productividad Y Centros de Desarrollo Tecnológico 4. Fomento y apoyo a Clusters regionales para innovación. 5. Motivar la inversión de al menos el 1% del valor total de la producción en ciencia y tecnología en su propia empresa o industria. 6. Definir esquemas atractivos para la inversión extranjera con alto contenido tecnológico (Balanza de pagos tecnológica).
<p>6. Fortalecer la investigación y lograr su competitividad internacionalmente, requiere de:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Crear Centros de Investigación de Excelencia en temas estratégicos para el país, articulados con Clusters para la innovación (Biotecnología, Salud, TIC, Agricultura orgánica, Agroindustria, Biodiversidad, Energía y Cultura – Turismo). 2. Incrementar los servicios de la Red Internacional ScienTI (CvLAC, GrupLAC, ProduLAC, DocLAC 3. Orientar las convocatorias de proyectos para que incentiven alianzas entre grupos reconocidos y grupos incipientes de investigación en temas prioritarios para el desarrollo regional y nacional. 4. Fortalecer las redes de investigación y aquellas donde circula conocimiento. Realizar tres eventos de investigadores colombianos en el exterior para fortalecer Red Caldas y alianzas con grupos en el exterior. 5. Reabrir convocatoria para categorizar grupos de investigación 6. Financiación de etapas pre-proyecto para fortalecer la capacidad de formulación de proyectos de investigación de alta calidad, planeación de agendas de investigación y prospectiva en Ciencia y Tecnología. 7. Reactivar los Codecyts y ponerlos a funcionar en 25 departamentos del país 8. Consolidar la agenda de ciencia y tecnología como instrumento para el desarrollo económico regional de mediano plazo. 9. Dar prioridad a las regiones de menor desarrollo en los programas de formación de los recursos humanos, popularización de la ciencia y tecnología, fortalecimiento de grupos de investigación y estrategias de desarrollo tecnológico. 10. Comprometer a los nuevos gobernadores con la ciencia y tecnología e la innovación y asegurar recursos para su impulso a través de los Planes de Desarrollo 2004-2006.

2.4 GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA

Muchas de las reformas que se realizan en los países de la región se fundamentan en supuestos que no tienen suficiente validación empírica, por lo que podrían considerarse experimentos carentes de científicidad. En estas condiciones es lícito dudar de la validez de sus interpretaciones acerca de cuáles son las necesidades y los problemas de la población, y por lo tanto de la eficacia y la eficiencia en la entrega de los servicios.

Por otra parte, en realidades cambiantes y complejas el aporte de la investigación se vuelve aún más necesario, en la medida en que son más complejas las decisiones a tomar.

La gestión del conocimiento en salud pública se define como el conjunto de acciones y actividades que permiten generar, valorar, validar, legitimar y aplicar el conocimiento para cualificar y optimizar la toma de decisiones en el campo de la salud pública y las políticas públicas, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la población.

La gestión del conocimiento persigue los siguientes propósitos:

- Optimizar los recursos que pudieran facilitar la gestión del conocimiento.
- Generar nuevas miradas y campos de acción que respondan a los determinantes y condicionantes de la salud y actuar sobre ellos
- Generar transformaciones sociales que impacten la calidad de vida de los individuos
- Cualificar, direccionar y optimizar la toma de decisiones para que contribuya a la satisfacción de las necesidades de la población y propenda por la equidad.

- Propiciar mayor participación de actores involucrados
- Lograr apropiación social del conocimiento por parte de los tomadores de decisiones, el personal en formación, las personas e instituciones vinculadas a la protección y atención de la salud y las comunidades.

Los principales insumos para el proceso de gestión del conocimiento deben ser las necesidades en materia de salud pública y sus resultados son: la documentación de información generada y difundida, las redes de conocimiento fortalecidas, los nuevos investigadores, los grupos de investigadores activos, las nuevas preguntas e hipótesis en materia de salud pública y los nuevos y probados mecanismos para identificar y estudiar los fenómenos relacionados con la Salud Pública.

El proceso de gestión del conocimiento se encuentra enmarcado en el país por aspectos relacionados, en primer término, con la cualificación del recurso humano. Si bien existe un incremento importante desde 1990 en la formación de magísteres y doctores en áreas relacionadas con salud pública, este incremento no se refleja en la producción de investigación. En segundo lugar debe destacarse el hecho de la subutilización que se le da al recurso humano entrenado en investigación, si bien las secretarías de salud, instituciones educativas y entidades privadas contratan recurso humano con preparación en investigación, esto no asegura que se vinculen a las instituciones para cumplir esta función y menos que se asignen recursos para invertir en proyectos de investigación, lo que se traduce en desaprovechamiento de sus conocimientos, pérdida de la inversión institucional o personal y falta de experiencia en la conformación de grupos, redes y desarrollo de actividades de investigación en salud pública.

En el país existe concentración de grupos de investigación de alto nivel en los centros urbanos. El Programa de Ciencia y Tecnología de Colciencias ha impulsado la conformación de nuevos grupos de investigación, y a través de estrategias específicas ha propiciado la formación de grupos estimulando las iniciativas de regiones apartadas del país y la vinculación de nuevos investigadores a los grupos de trayectoria; sin embargo debido a factores tales como la

como falta de estímulos a los investigadores para desplazarse a regiones apartadas, además de la existencia de criterios estandarizados para el reconocimiento de grupos y apoyo de propuestas de investigación, la concentración de los grupos y las brechas en el desarrollo de investigaciones por regiones son evidentes.

Los liderazgos en materia de investigación en salud pública están distribuidos de acuerdo al dominio sobre temáticas o especialidades de los Centros y Grupos de investigación. En el Valle del Cauca se perciben pocas relaciones entre estas instancias y veladas competencias por los recursos lo cual debilita las opciones de las alianzas y la transferencia de conocimiento y tecnologías entre los investigadores. Aunque las universidades cuentan con estructuras que lideran en su interior los procesos de investigación propios de su ámbito, no existe infraestructura reconocida que lidere y aglutine los investigadores en salud pública en una sociedad en su favor.

Por otra parte, las entidades territoriales no logran sostener líneas de investigación. Sus decisiones en este sentido se orientan por la afinidad del secretario de turno frente al tema y por el posicionamiento político que los técnicos logren de sus intereses. La estructura y la dinámica propia de la ejecución de recursos por proyectos a través de planes anualizados tampoco favorece el desarrollo de la investigación, pues no garantiza recursos por más de doce meses y tampoco continuidad en la asignación de los mismos, generando gran incertidumbre e incluso amenazando la sostenibilidad de iniciativas de mediano y largo plazo. Algunas veces se logra que el tema de la investigación permee los planes de desarrollo, sin embargo, pocas veces se asignan los recursos para cumplir este compromiso de gobierno.

La difusión del conocimiento llega a ser muy limitada, circunscrita a dos tipos de actividades: (1) la presentación de resultados dirigidas a grupos selectos de investigadores y profesionales. (2) la publicación de artículos dirigidos a la comunidad científica. Cuando la investigación es realizada en el ámbito universitario, pocas veces los profesionales de las direcciones territoriales o entidades de salud logran apropiarse de la metodología y de sus resultados. Por lo tanto, tampoco están en capacidad de difundir los re-

sultados en sus propios ámbitos y escenarios de trabajo.

Se requiere hacer mayor uso de la comunicación social como medio de socializar y popularizar los resultados de las investigaciones por sus diversos canales.

El comité ad hoc de la OMS identificó las siguientes áreas para la investigación en sistemas y políticas de salud: condiciones de salud, universalidad, equidad, efectividad, eficiencia, calidad, articulación intersectorial y análisis comparativos. El ámbito de estas investigaciones se deberá dar ya sea a nivel de análisis de las políticas como de los programas que se desarrollan y de los instrumentos en particular.

2.5 LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: FUNCIÓN ESENCIAL EN SALUD PÚBLICA

En el ámbito de la salud pública, los organismos internacionales han destacado la importancia de la investigación como una función esencial para garantizar la salud pública. La OMS/OPS define la Función Esencial N. 10: "Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en Salud Pública" en los siguientes términos:

- La investigación rigurosa dirigida a aumentar el conocimiento que apoye la adopción de decisiones en sus diferentes niveles.
- La ejecución y el desarrollo de unas soluciones innovadoras en materia de salud pública, cuyo impacto pueda ser medido y evaluado.
- El establecimiento de alianzas con los centros de investigación e instituciones académicas, de dentro y de fuera del sector salud, con el fin de realizar estudios oportunos, que apoyen la adopción de las decisiones de la autoridad sanitaria en todos sus niveles y en todos sus campos de actuación.

No todas las investigaciones contribuyen de la misma forma al mejoramiento de la salud pública. La OPS/OMS propone evaluar esta función, con base en tres indicadores:

1. Desarrollo de una agenda de investigación en salud pública. Este indicador mide la capacidad de identificar necesidades y conocimientos en materia de control de prioridades en salud pública, en datos para decisiones, evidencias para asegurar sostenibilidad de innovaciones, fuentes de financiación, opiniones de actores de sociedad civil, colaboración de centros de investigación, la divulgación de la agenda de investigación en salud pública como tal y la difusión de resultados de investigaciones.
2. Desarrollo de la capacidad institucional de investigación. Este indicador mide disponibilidad de equipos técnicos capaces de interlocución y de llevar a cabo investigaciones relevantes autónomamente, contar con procedimientos definidos de para aprobación de investigaciones, y disponer de herramientas de cómputo con programas estadísticos adecuados para el tema, para el análisis de resultados y para la socialización de los mismos.
3. Asesoría y apoyo técnico para la investigación en los niveles locales de salud pública. Este indicador explora la existencia de metodologías de investigación operativa en campos como: la atención al ambiente, personas y comunidad; del aseguramiento en salud; las finanzas; la economía; la tecnología. Igualmente, por la socialización de resultados de las investigaciones, la existencia de redes de instituciones para investigación, investigadores y la comunidad como socializadora de resultados.

2.6 LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN EN EL CAMPO DE LA SALUD PÚBLICA Y LAS POLÍTICAS SANITARIAS EN EL PAÍS.

Una línea de investigación es un conjunto de recursos de investigación humanos, organizacionales, tecnológicos y financieros, articulados orgánica y funcionalmente alrededor de un objeto de conocimiento cuya naturaleza y comportamiento se va resolviendo de manera continua y sistemática. Las líneas de investigación optimizan la gestión del conocimiento en la medida en que le imponen sistematicidad y racionalidad

al proceso, desarrollan la competencia de la masa crítica para manejar el problema, garantizan el aprovechamiento de las experiencias previas y reducen el riesgo de duplicación. La definición de líneas de investigación es convencional dependiendo de las políticas vigentes, la disponibilidad de recursos, el interés de los investigadores, y el grado de desarrollo del sistema de investigación en la región.

Con fines operativos, la investigación en salud pública podría articularse alrededor de áreas temáticas que configuren líneas de trabajo. Entre ellas, las siguientes:

2.6.1 Salud, desarrollo y sociedad

Esta línea de trabajo se ocupa de aplicar los enfoques de las ciencias sociales al fenómeno de la salud como bien de interés público y como condición para el desarrollo social. Se interesa por las claves económicas, políticas y culturales de las relaciones entre el sistema social, la salud y la enfermedad y por la comprensión de aquellos fenómenos modernos relacionados con la salud y la enfermedad.

Su ámbito de interés cubre los determinantes de la producción y la distribución de la salud entre las poblaciones, del tipo económico, social, laboral, geográfico y cultural.

2.6.2 Salud y políticas públicas

Esta línea se ocupa de la relación Estado-Sociedad y de las relaciones de poder y los procesos de toma de decisiones, alrededor de la elaboración de las políticas públicas que afectan la salud, (99) (55) El interés de los analistas de políticas, radica en los procesos y eventos involucrados en la decisión, desde el momento en que el problema es percibido como tal hasta sus consecuencias para los actores; por lo tanto, el análisis debe centrarse en la manera como los gobiernos definen y aplican sus políticas y en la

forma como el poder se ejerce en un contexto determinado.

El análisis de políticas públicas APP se define como el conjunto de procedimientos dirigidos a comprender y valorar el origen, expresión, aplicación y resultados de las políticas públicas, con la intención de contribuir a la optimización de sus efectos. Desde esta perspectiva, los APP debieran asumirse como un componente del proceso integral de la gestión de las políticas públicas (policymaking), con el que comparten atributos esenciales como su condición de proceso social históricamente determinado.

En este sentido, el análisis de una política pública que afecta la salud implica reconstruir la complejidad de la acción, teniendo en cuenta la multiplicidad de los actores, sus relaciones y racionalidades considerando los efectos de la distribución regularmente desigual del poder y estableciendo cómo esa distribución afecta el proceso de formación de políticas en todas sus fases, las cuales se encuentran en permanente interacción (100)

Con un sentido práctico, algunos aspectos que pueden ser tenidos en cuenta para el APP son: Caracterizar los actores políticos y sociales que participan en el proceso analizado; esto implica establecer sus posiciones frente al problema y sus intereses frente a una u otra propuesta; los recursos de poder de que disponen en el posicionamiento del problema, en su relación con otros actores y en el posicionamiento de sus propuestas; las características del régimen político y los factores del ámbito internacional, nacional y local que inciden en la gestación de la política; la actitud de los sectores sociales y grupos de poder involucrados (imposición, exclusión, concertación de las decisiones); los mecanismos de concertación que se utilizan; el tipo de expresión normativa que adquiere la política pública; y la reacción que puede generar en otros actores sociales. Estos dos últimos aspectos se relacionan con la legitimidad y por último, identificar la direccionalidad normativa.

2.6.3 Salud y escenarios

La forma como las personas entendemos y atendemos la salud es producto de una construcción social que ocurre en diferentes escenarios cuya comprensión puede facilitar la gestión de las políticas públicas. Estos escenarios se mueven y desarrollan dentro de y hacia la cultura particular de cada colectivo (sea grupos organizados o no), donde se aprecian las relaciones de cada escenario con el mismo y con el entorno (diferentes escenarios) con la resultante de ser multifactoriales, y en últimas no se logra escenarios individuales para la investigación sino escenarios múltiples unos inmersos en los otros con relaciones particulares y generalizadoras.

Los actores y los escenarios se determinan mutuamente. Los actores definen los escenarios y éstos últimos definen con frecuencia los roles que asumen las personas.

Entre los escenarios que pudieran revestir mayor importancia para la salud pública se destacan los siguientes:

- Los gobiernos locales, regionales y nacional como escenarios de toma de decisiones.
- El sector privado como escenario de decisiones y acciones sobre los determinantes de la salud relacionados con el ambiente, el consumo y la organización social.
- Las instituciones del sector: direcciones territoriales de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud y administradoras de los recursos.
- Los centros de formación del recurso humano: Escuelas, Colegios, Universidades y demás entes educadores y formadores.
- Las comunidades y las familias.

2.6.4 Salud y ambiente

El estado de salud de las personas depende en gran medida de sus interacciones con el ambiente en que viven, incluyendo desde el am-

biente del útero materno y la infancia hasta el complejo ambiente físico y social que procura, en forma adecuada o no, alimentación, agua, vivienda, seguridad, educación, empleo y atención de salud.(101-103)

Esta línea se ocupa de la relación salud y ambiente, en especial de los siguientes aspectos:

- La evaluación y manejo ágiles y oportunos de los riesgos por situaciones de deterioro ambiental, tales como: contaminación de alimentos, contaminación de océanos y fuentes de agua dulce, baja potabilidad del agua, falta de acceso al agua potable, eliminación de excretas, tratamiento de aguas residuales, envenenamiento y agotamiento de las especies acuáticas, contaminación del aire, exposición y disposición de sustancias peligrosas, desechos peligrosos, manejo y disposición de las basuras, condiciones de vivienda deficientes, crecimiento de la población y la concentración urbana, ambientes de trabajo riesgosos.
- Las estrategias para educar a la población y modificar sus comportamientos frente al ambiente.
- La gestión de políticas en relación con el medio ambiente, considerando que las estrechas relaciones que unen a la pobreza, la mala salud y el deterioro ambiental son recíprocas y se refuerzan entre sí, en el sentido de que cada factor es a la vez causa y efecto de los otros, y puede intensificarlo.

2.6.5 Sistemas y servicios de salud.

Esta línea se ocupa de los sistemas de respuesta social frente a la salud con el propósito de dar cuenta de su estructura y su dinámica, y su capacidad para resolver los problemas y responder a las necesidades de la población. Entre otros aspectos, de su racionalidad, sus fundamentos, sus objetivos, su tecnología, su financiación y sus efectos. En el caso colombiano, el tema no puede omitir el estudio del Sistema General de Seguridad Social en Salud (104) (105) La investigación en Sistemas de Salud, debe facilitar el desarrollo de nuevas formas de atender las ne-

cesidades en salud de la población, frente a los retos que genera la globalización.

2.6.6 Hechos y eventos prioritarios en salud pública.

Cada grupo humano tiene el derecho y el deber de definir sus prioridades en materia de salud. En principio, este listado puede incluir enfermedades, lesiones de causa externa, causas de muerte, factores protectores, factores de riesgo, acciones de protección específica y de detección temprana de enfermedades, muestras biológicas o químicas y demás determinantes asociados. Esta línea se ocupa de explicar la estructura y la dinámica del proceso salud - enfermedad, en función de los indicadores seleccionados como prioritarios.

2.6.7 Innovación y desarrollo de recursos humanos para la salud.

Un capítulo de la investigación en materia de salud pública debe orientarse a estudiar las características del recurso humano requerido para garantizar la salud de la población, independientemente del sector y del escenario donde se desempeñe.

2.6.8 Investigación evaluativa en salud pública.

Esta línea se interesa por la conceptualización, el diseño, la implantación y la utilidad de las intervenciones de salud pública, con la idea de emitir un juicio sobre su necesidad de conservación o cambio.

En salud pública el término evaluación es intercambiable con investigación evaluativa y la evaluación de las intervenciones también son referidas como estudios de intervención.

“La investigación evaluativa es un tipo especial de investigación aplicada cuya meta, a diferen-

cia de la investigación básica, no es el descubrimiento del conocimiento. Poniendo principalmente el énfasis en la utilidad, la investigación evaluativa debe proporcionar información para la planificación del programa, su realización y su desarrollo. La investigación evaluativa asume también las particulares características de la investigación aplicada, que permite que las predicciones se conviertan en un resultado de la investigación. Las recomendaciones que se hacen en los informes evaluativos son, por otra parte, ejemplos de predicción”(106).

La investigación evaluativa (107) se ha definido también como un proceso que intenta determinar sistemática y objetivamente la relevancia, efectividad e impacto de actividades a la luz de su estructura, proceso y resultados.

Se han descrito múltiples tipos de evaluación. Los más aplicados a salud pública son los siguientes:

- Evaluación de proceso
- Evaluación sumativa
- Evaluación formativa
- Evaluación de impacto
- Evaluación de resultados
- Evaluación del diseño, etc. de un programa
- Evaluación con objetivos libres
- Evaluación enfocada a un aspecto particular

En relación con la investigación evaluativa en salud pública, reviste especial importancia la evaluación de tecnologías, considerada como la forma integral de investigar las consecuencias técnicas, económicas y sociales del empleo de las tecnologías en salud, tanto en el corto como en el mediano plazo, así como sus efectos directos e indirectos, deseados y no deseados (Jons-son y Banta, 1999) y es según estos autores mas utilizada por la evaluación de políticas relacionadas con los mayores problemas de salud pública, que por la evaluación de equipos médicos como sucedía en la década del 70. Este cambio se debe no solo a la aparición de nueva tecnología, sino a los patrones de cambio en la enfermedad, al envejecimiento de la población y a las mayores demandas del público. La evaluación de tecnología en salud ha sido reconocida (107) como una herramienta valiosa en la toma de decisiones para hacer más eficiente, equitativo y efectivo el sistema de salud, dada su potencial contribución para contestar preguntas

que se plantean los diferentes actores que operan en el escenario de la salud.

En razón a su complejidad, la evaluación de tecnologías debe realizarse en tres niveles: el político-regulador, el institucional-gerencial, y el práctico. En todos los casos, el investigador debe contextualizar, de manera amplia, la información que se genera al incluir elementos adicionales como el costo, la relevancia social, calidad de vida asociada al uso de la tecnología y las implicaciones éticas, culturales y legales de su aplicación.

La investigación evaluativa y la evaluación de tecnologías, están profundamente relacionadas. Mientras la investigación evaluativa se ocupa preferentemente de dar cuenta de los resultados y efectos de una política o programa, en términos de su eficacia, efectividad e implicaciones políticas, comparado con sus objetivos, la evaluación de tecnología en salud Pública se orienta a la comparación entre diferentes alternativas para alcanzar el mismo objetivo, por lo tanto estas dos se deben ver como actividades complementarias.

La investigación deberá responder a las necesidades e intereses de los implicados en las intervenciones, sean estos: la población directamente afectada, la población involucrada en el problema y su solución, y especialmente los responsables de formular políticas y programas.

Para responder a estos grupos de interés Dever (1999) sugiere los siguientes métodos:

- registros y bancos de datos
- encuestas
- ensayos clínicos controlados
- estudios de casos y controles
- métodos para sintetizar la información
- juicio de expertos
- análisis de costo- efectividad, costo- beneficio y costo – utilidad
- simulaciones y modelos matemáticos

La investigación evaluativa en salud pública se ocupa en consecuencia, de contestar preguntas como:

- ¿Cuál es la naturaleza y extensión del problema?

- ¿Qué requiere una nueva, ampliada y modificada intervención social?
- ¿Qué intervenciones posibles pueden mejorar el problema?
- ¿Cuáles son las poblaciones meta adecuadas para una determinada intervención?
- ¿La intervención está alcanzando a la población meta?
- ¿La intervención está implementada conforme a lo planificado?
- ¿Es efectiva?. ¿Cuánto cuesta?. ¿Cuáles son los costes en relación a su efectividad y beneficio?

2.7 EJES TRANSVERSALES

Las líneas descritas anteriormente reciben la influencia transversal de las siguientes temáticas:

2.7.1 La integralidad de la salud pública

Esta línea transversal se refiere a la relación estrecha e indisoluble entre la salud y otras dimensiones de la vida y el bienestar que con mucha frecuencia obligan al investigador abordar campos transectoriales heterogéneos. La salud como realidad social es la manifestación de la vida humana y de todos los fenómenos que la afectan positiva y negativamente, lo público es una construcción social que implica no solo el interés común en el asunto y la voluntad de participar en su defensa. La salud de los individuos y las colectividades, tiene un carácter público allí donde es reconocida como asunto de interés público. La salud pública puede entenderse entonces como saber disciplinar enfocado en comprender y explicar la salud de los grupos humanos y como práctica social y realidad humana colectiva refleja la respuesta social' (2) históricamente determinada y representada de las comunidades, esta visión se acepta y recoge por técnicos y políticos(4) (5) (108) (109) y se constituye formalmente, a partir de la declaración oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el soporte de las políticas públicas que deben orientar la gestión del sector en casi todo el mundo. (110)

2.7.2 Equidad

La investigación en materia de políticas y sistemas de salud debe incorporar la equidad como eje transversal, es decir, la exploración del acceso a oportunidades y libertades para todos los sectores y grupos humanos, reconociendo la diversidad e identificando sus aportes y necesidades diferenciales. Las investigaciones en salud pública deberían observar sistemáticamente, la inclusión de sectores tradicionalmente excluidos y ubicados en posiciones de desventaja respecto del resto de la sociedad, como es el caso de las mujeres, niños y niñas, ancianos(as), discapacitados(as), indígenas y negros, y los pobres. Pues las diferencias de género, geográficas, de edad, de etnia, de raza así como de los ingresos económicos y de la provisión, accesibilidad y calidad de los servicios de salud, entre otras, constituyen barreras que fomentan desigualdades innecesarias, evitables e injustas en la situación de salud de los individuos.

2.7.3 Género

La necesidad de integrar las cuestiones de género en la totalidad de los programas sociales quedó claramente establecida como estrategia global para promover la igualdad entre los géneros, en la Plataforma de Acción adoptada en la Cuarta Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer, celebrada en Pekín en 1995. Dicha Plataforma resaltó la necesidad de garantizar que la igualdad entre los géneros es un objetivo primario en todas las áreas del desarrollo social, siendo la investigación en general y específica en las ciencias de la salud una de estas. (111)

Según el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC), reunido en julio de 1997, "transversalizar la perspectiva de género es el proceso de valorar las implicaciones que tiene para los hombres y para las mujeres cualquier acción que se planifique, ya se trate de legislación, políticas o programas, en todas las áreas y en todos los niveles. Es una estrategia para conseguir que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, al igual que las de los hombres, sean parte integrante en la elaboración, puesta en marcha, control y evaluación de las políticas y de los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que las mujeres y los hombres puedan beneficiarse de ellos igualmente y no se perpe-

túe la desigualdad. El objetivo final de la integración es conseguir la igualdad de los géneros."

2.7.4 Participación ciudadana

La participación ciudadana se refiere a la intervención de los particulares en actividades públicas en tanto portadores de determinados intereses sociales

La población sujeto de la investigación en salud pública debe participar en todas las fases de la misma. La participación se considera debe ser de la categoría de "ser parte" durante todo el proceso de la investigación, desde la determinación de los problemas, diseño, planeación, implementación, control y evaluación de las mismas.

En la aceptación "ser parte de", se requiere que los sistemas de constructos de expertos y población, sean parte integral del proceso de diseño, lo que exige, a fin de garantizar congruencia entre los constructos del público y del plan, una relación de comunicación que garantice la influencia mutua entre los constructos de uno y de otros.

Esta versión es lo que Stringer (1977) ha denominada el diseño participativo, en el que los constructos personales de diseñadores y usuarios son moldeados en la relación interpersonal que se desarrolla entre ambos durante el diseño del proyecto en que se trabaja. Es una *relación de interacción* en la que usuario y planificador confrontan sus puntos de vistas, aprenden sus lenguajes y la validez de sus posiciones (Stringer, 1982). Es también, como dice Lawrence (1982), una relación de *interacción educativa* pues, tanto uno como el otro, aprenden y enseñan conocimientos y destrezas que benefician el diseño.

En esta relación son los propios participantes quienes, en interacción permanente entre sí y con las otras partes constituyentes del proceso, van construyendo lo que es la participación. El significado de participación que se desarrolla y que está en concordancia con las acciones que se realizan, estará marcado, en consecuencia, por la calidad de la experiencia participativa y por ende será diferente de una experiencia a

otra. La participación no es, entonces, "algo" de carácter universal, sino una *construcción social, múltiple*, sujeta a valores y circunstancias contextuales que surgen en un determinado momento.

2.8 DIVULGACIÓN Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO. LA INVESTIGACIÓN EN SALUD COMO INSUMO PARA LA DEFINICIÓN DE POLÍTICAS.

La Comisión de Investigación en Salud para el Desarrollo (CISD), define investigación como "el proceso sistemático de generación de conocimiento nuevo". Por esto, el objetivo final de ella es producir aportes en tres aspectos fundamentales: crear conocimientos nuevos; facilitar la solución de problemas y favorecer el desarrollo tecnológico. En este sentido es a través de la investigación como se obtiene información relevante y fidedigna que permite comprender, verificar y/o corregir los conocimientos acerca de un evento y, como consecuencia, proporcionar opciones de aplicación para la posible solución de problemas concretos.(112)

Pero para que estos conocimientos tengan aplicación, deben convertirse en decisiones y en acciones concretas, que en muchos casos son lineamientos gubernamentales, es decir, en políticas públicas, que logren generar cambios encaminados a mejorar la calidad de vida de la población.

En este deber ser, Bronfman manifiesta que a pesar de que se han realizado muchos esfuerzos por parte de investigadores y políticos para aplicar la investigación a la formulación de políticas, estos no han conseguido llenar las expectativas generadas en estos procesos.

Esta situación se explica porque se han generado expectativas poco realistas de los actores frente al tema. Algunos investigadores esperan que otros descubran sus resultados, muchos creen que la publicación es la garantía para que se estos se usen y otros necesitan predicciones demasiado precisas en la estimación de las probabilidades, las cuales son condiciones difíciles de alcanzar.

Otros autores como Patton y cols indican que existe una subutilización o falta de utilización de los resultados de las investigaciones para la evaluación de políticas, ya que se pretende evaluar muy rápido los efectos producidos y no se da el tiempo necesario para la concertación y la toma de decisiones.

Un problema más, se atribuye a que entre los investigadores y los decisores, aunque se persigan los mismos objetivos —por ejemplo, contribuir a mejorar la salud de la población—, existan ciertas tensiones debido a que cada uno le da un valor distinto a la investigación. Mientras que entre los científicos se le da un mayor valor a la propiedad de la “excelencia de la investigación” entendida como la adherencia estricta a una serie de reglas que le confieren validez objetiva a los resultados y que por ende se constituye en la base del progreso de una disciplina; los decisores le dan un mayor valor a la “pertinencia” debido a que ésta define la capacidad que tienen los resultados de la investigación para abordar problemas que requieren de solución(113)

Algunas de las causas por las cuales la evidencia de la investigación tiene poca influencia en las políticas de salud son:

- Los artífices de la política sanitaria tienen otras metas, diferentes a las de los investigadores.
- La evidencia de la investigación puede ser irrelevante localmente
- En un ambiente controversial como es el asunto político, los estudios pueden reflejar la falta de consenso respecto a la evidencia de la investigación.
- Frente a un estudio pueden surgir otros tipos de evidencia competitiva (Peso de la opinión personal experta)
- Un contexto político enrarecido, es un pésimo ambiente social para aprovechar las investigaciones.

En todo caso, si la investigación produce conocimiento y reduce la incertidumbre, es necesario que los tomadores de decisiones utilicen este conocimiento para abordar los problemas en salud.

2.9 MODELOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA, POLÍTICAS Y SISTEMAS DE SALUD

La investigación como proceso político. En reconocimiento a la dimensión esencialmente política de las políticas sociales, su estudio debe ser concebido más como un proceso de esclarecimiento y empoderamiento para la toma racional de decisiones que como la aplicación de metodologías de análisis de carácter académico. Tanto la explicación retrospectiva como la comprensión prospectiva deben ser buscadas sin privilegiar la una sobre la otra. (56)

En el mismo sentido, la Comisión sobre Investigación en Salud para el Desarrollo (CHRD 1990) definió a la investigación Esencial en Salud (IES) como “un medio crítico para el empoderamiento, permitiendo a naciones y comunidades comprender sus problemas, decidir las acciones que le son factibles, ejecutar eficientemente dichas acciones y buscar soluciones para problemas no resueltos”. La IES depende de una estrecha alianza entre investigadores y prestadores de servicios, lo cual, a su vez requiere de una planeación que descubra la posibilidad y afirme la necesidad del método científico dentro de la actividad gerencial (González-Block, 1994). Entre las manifestaciones de la IES se han incluido diversas disciplinas y enfoques. Para las poblaciones se privilegia la investigación epidemiológica si el interés radica en la caracterización de sus necesidades; si el interés radica en la respuesta social organizada a dichas necesidades se desarrolla la investigación en políticas y sistemas de salud (IPSS).

La investigación como proceso práctico y participativo. Una de las principales ventajas de la investigación en políticas y sistemas de salud puede radicar en su carácter participativo, su orientación a la acción, el enfoque en problemas prioritarios, el carácter interdisciplinarios y multi-sectorial así como el énfasis en investigación costo –efectiva (Brownlee, 1991).

La investigación pragmática. En la práctica, la IPSS puede facilitarse si se diferencian los asuntos de tipo macro o sistémico, de los asuntos operativos. Los primeros se relacionan con las políticas, las prioridades, las formas de financiamiento, las relaciones intergubernamentales e intersectoriales y los derechos de acceso a los

servicios. Los segundos se refieren a la operación y organización del sistema establecido o de nivel micro o investigación (Ad Hoc. Committee on Health Research., 1996)

El Comité Ad Hoc ha sugerido la creación de un programa especial de investigación y capacitación en sistemas de salud y políticas con una agenda agrupada en tres áreas:

- Investigación genérica y comparativa de sistemas y políticas de salud
- Desarrollo de indicadores para monitorizar insumos, procesos y resultados, tanto en la demanda como en la oferta, junto con el desarrollo de instrumentos de política, y
- Desarrollo de esfuerzos para facilitar actividades nacionales de investigación en sistemas de salud y políticas por medio de una red de instituciones apoyada en una entidad de recursos (Ad Hoc Committee on Health Research, 1996: 91)

La investigación en redes. Con el advenimiento de *Internet* se ha vuelto realidad la tendencia a reunir datos interactivamente, superando así otros métodos dependientes de una sola agencia o investigador. La Unión europea promovió la Red europea de Iniciativa de Reforma en salud, a través de la cual los investigadores y analistas de países asociados colaboran en la integración de una base de datos, apegándose a lineamientos y procedimientos convenidos (Hunter, 1995) el acento está puesto en la incorporación de propuestas de políticas y evaluaciones que no llegan a publicarse en revistas internacionales.

Siguiendo estas tendencias la Fundación Mexicana para la salud y el Instituto Nacional de salud Pública con la colaboración de la OMS, establecieron el Núcleo de Acopio, Análisis y Difusión de Iniciativas de reforma a los sistemas de Salud (Naadir). Esta iniciativa reúne a investigadores, decisores y corresponsales de África, Asia y América Latina y el Caribe, quienes estudian las reformas con base en proyectos de investigación y análisis (González – Block y cols., 1997)

La investigación comparativa. La investigación comparativa aparece como una estrategia privilegiada para someter a cuestionamiento científico aquellas propuestas que por su magnitud y por los intereses que afectan, resultarían imposibles o muy costosas de pilotear. Se requieren

modelos de comparación que faciliten la interacción entre la ciencia y la política, al aprovechar oportunidades y reducir resistencias. A menudo los estudios comparativos suelen ser el único recurso para controlar los efectos que confunden variables en los procesos y resultados clave de las políticas (Skocpol, 1979)

Tres modelos pueden confluír para facilitar la realización de comparaciones entre sistemas de salud y sus reformas:

1. Modelo particularista: las experiencias de países con procesos de reforma serían comparadas detalladamente atendiendo a cada una de las etapas y relaciones con los contextos nacionales.
1. El segundo modelo se basa en la descripción de situaciones, procesos o experiencias en relación con un tipo ideal, por ejemplo el del pluralismo estructurado (Londoño y Frenk, 1997). Los tipos ideales permiten comparar entre diversos países, diciendo con bastante precisión el grado en el que existen los actores que el modelo considera indispensables, el apego de su comportamiento a los valores especificados, los procesos que restringen o alientan la operación del modelo, la producción de los servicios de acuerdo con sus expectativas y la calidad, eficiencia y equidad con que lo hacen. Este modelo ha probado ser útil para modelar propuestas de reforma.
- Modelo de comparaciones entre el sistema de salud en el país problema y un país con un sistema de salud considerado ejemplar, v.g el uso del ejemplo del sistema de salud canadiense respecto del Sistema Único de Salud de Brasil, podría decirse que este modelo supera al anterior porque compara contra un caso real y no contra una abstracción

Diseños descriptivos. En la investigación en sistemas de salud resultan más aplicables estrategias de investigación como la descriptiva, la cuasi-experimental y la epidemiológica que permiten el conocimiento de variables más específicas. El meta-análisis de resultados de investigaciones de este tipo ha sido planteado como una estrategia complementaria de la investigación de las políticas de salud a nivel macro.

Combinación de enfoques. El estudio de la salud pública y sus determinantes es por naturaleza complejo y suele demandar la combinación de métodos y técnicas. Los enfoques cuantitativos suelen ser muy limitados para captar los significados de los actos individuales y de las interacciones sociales. Por su parte, los científicos sociales que utilizan abordajes cualitativos enfrentan problemas epistemológicos y metodológicos que tienen que ver con el papel del poder y la ética en la generación de los datos, la dificultad de la validez externa, la cuestión de la replicabilidad y evaluación de la investigación cualitativa y el problema de las alternativas de integración entre métodos cualitativos y cuantitativos. La interrelación entre estos métodos no admite soluciones unívocas, sino que depende de dos factores cuando menos: el momento que al investigador le interesa privilegiar (generación de teoría o transformación de la realidad) y el tema que se elige.

2.10 LA INVESTIGACION Y LA TOMA DE DECISIONES

En todos los casos, la finalidad de la gestión del conocimiento en salud pública es mejorar las condiciones de salud de la población. Sin embargo, no toda decisión política debe basarse en una investigación, ni todos los estudios son tenidos en cuenta al momento de la toma de decisiones.

La relación entre la investigación y la gestión de políticas ha sido más estudiada en el campo de la educación que en el de la salud. Aún así algunos planteamientos se pueden extrapolar. Weiss (1979) propuso siete diferentes modelos para describir la forma en que la investigación es usada en la política o en la toma de decisiones. Estos modelos se pueden resumir en tres grupos, ya sea que se enfatice el contenido de la investigación, el uso estratégico de ésta o el contexto en el que tanto la investigación como las políticas se desarrollan, prestando atención a la interacción entre diferentes grupos.

Las investigaciones sociales tienen una visión más amplia de la gestión del conocimiento (Trostle y Bronfman) La investigación se concibe como un proceso estructurado para recolectar, analizar, sintetizar e interpretar datos- con intenciones explicativas o descriptivas – empleando

categorías y teorías no evidentes a partir de esos mismos datos. La investigación es también un sistema de comunicación estructurado para compartir conocimientos, es por ello que algunos la ven como un medio para confrontar con precisión y efectividad los nuevos desafíos y para tomar decisiones racionales sobre donde y como invertir recursos escasos .(Martínez Palomo, 1991)

Estos autores definen las políticas como lineamientos del sistema político que atañen a la distribución de recursos y a los principios del comportamiento deseado. Lograr un acuerdo sobre estos lineamientos y principios es, por definición, una actividad política, en la medida en que requiere lograr un balance entre fuerzas competitivas. En este sentido el contenido racional de la investigación no necesariamente tiene valor para la formulación de políticas, por ello el llamado a tomar la investigación como una guía para la elaboración de políticas resulta mucho más complejo de lo que pudiera parecer.

2.11 MEJORANDO LA UTILIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO

Varias iniciativas han pretendido aumentar las posibilidades de que los resultados de investigación sean tenidos en cuenta en el desarrollo de políticas. Entre ellas:

- a) Iniciativas internacionales en la creación de programas especiales como el *Programa internacional de políticas de salud*, que incrementan las inversiones del sector. Este programa ha organizado actividades específicas de capacitación del talento humano en el tema.
- b) Los donativos internacionales que patrocinan investigaciones aplicadas. Su objetivo principal ha sido estimar la magnitud y la importancia de ciertos problemas de salud, establecer riesgos y evaluar intervenciones.
- c) La creación de redes y grupos locales y nacionales que produzcan resultados de investigación aplicada pero sin el apoyo de donantes internacionales. Estas experiencias son más escasas.

Asumir la investigación como grúa para la elaboración de políticas resulta muy complejo y en este sentido se propone abordarlo bajo los siguientes conceptos:

- El desarrollo de un modelo teórico de cómo la investigación penetra e influye en las políticas
- ¿Qué categorías se deben utilizar para abordar el problema?
- ¿Cómo construir y abordar la relación entre investigación y políticas?. Aspecto de método.
- El enlace de la investigación con la toma de decisiones.
- La relación entre investigadores y tomadores de decisiones.

Otros autores (Frenk) consideran que la ciencia no debe ser monopolio de los gobiernos, sin embargo reconoce que éstos juegan un papel decisivo en su facilitación, regulación, alcance y consolidación, así como para utilizar sus resultados como un medio para darle soporte a su propio quehacer. Por tanto, se plantea dos preguntas: ¿deben los organismos gubernamentales realizar toda la investigación?; ¿puede el gobierno realizar investigación con la calidad requerida? La respuesta que da a la primera pregunta es no, ya que se requiere la participación de actores públicos y privados para que en un marco de esfuerzos coordinados y compartidos se tengan mejores posibilidades y mayores oportunidades de identificar y abordar problemas pertinentes para la toma de decisiones de relevancia social. La respuesta a la segunda pregunta es afirmativa, ya que existen ejemplos de centros públicos de excelencia en materia de investigación científica. Sin embargo, también existen centros no gubernamentales de excelencia. La clave es tener una masa crítica de investigadores y suficiencia de recursos.

2.12 TENDENCIAS DE LA INVESTIGACION EN SALUD PÚBLICA

2.12.1 Salud pública basada en la evidencia

En los años 70, la medicina basada en la evidencia llamó la atención sobre la heterogeneidad de la práctica clínica común. Mientras se daba el debate acerca de los méritos de las diferentes fuentes de evidencia tales como los ensayos clínicos aleatorizados o los estudios observacionales, surgió la importancia de la evidencia.

Ello dio lugar a una transferencia de la medicina basada en la evidencia a la salud pública basada en la evidencia y a intentar que las decisiones en salud pública se basaran en la evidencia con un incremento paulatino del interés en las bases científicas de las decisiones que pueden afectar la salud de las poblaciones. WHO promueve una acercamiento a la generación y disseminación de la evidencia para todos los cuatro usos que incluyen los siguientes principios: Validez, confiabilidad, comparabilidad, consulta y auditoría (Murray et al, 2003).

La evidencia puede ser usada para, al menos, cuatro propósitos:

- Formulación de estrategias.
- Implementación o manejo de programas.
- Monitoreo de los resultados.
- Evaluación de lo que funciona y lo que no.

2.12.2 Investigación para la salud pública basada en la evidencia

La evidencia, en sentido amplio, es considerada como los hechos o testimonios que respaldan una conclusión, estado o creencia. Por salud pública se entiende según el diccionario de Oxford como el proceso de movilizar y comprometer los recursos locales, regionales, nacionales e internacionales para asegurar las condiciones en la cuales las población puede ser saludable. Las

acciones en salud pública están determinadas por la naturaleza y magnitud de los problemas que afectan la salud de la comunidad. Lo que debe ser hecho está influenciado por el conocimiento científico y los recursos disponibles, por la situación social y económica en un determinado tiempo y lugar. Rychetnik (2003)

La salud pública basada en la evidencia puede ser definida como la práctica social dirigida al mejoramiento de la salud, fundamentada en un uso informado, explícito y juicioso de la evidencia que se ha derivado de la investigación en diversas ciencias y en los métodos de evaluación.

Esta definición permite visualizar dos aspectos de la salud pública basada en la evidencia:

- El uso de un tipo particular de evidencia para informar al público de las decisiones que se tomen en salud pública, y
- Un énfasis en el razonamiento claro de los procesos de obtener e interpretar tal evidencia.

Los tipos de investigación que se asocian con la salud pública basada en la evidencia incluyen diferentes tipos de estudios, los cuales se categorizan según el tipo de pregunta que pretenden responder y la evidencia para la salud pública basada en la evidencia puede incluir los siguientes tipos de estudios (definiciones adoptadas del diccionario de epidemiología y de investigación cualitativa).

- *Descriptivo*: para identificar y clasificar las variables de los grupos o categorías
- *Taxonómico*: para clasificar y comparar las variables en grupos relacionados o categorías
- *Analítico*: para analizar las asociaciones entre variables: hipótesis causales o terapéuticas.
- *Interpretativo*: para identificar y explicar significados, usualmente de una perspectiva particular.
- *Explicativos*: para hacer las observaciones inteligibles y comprensibles, y
- *Evaluativa*: para determinar la calidad, a menudo ocupándose de la relevancia, efectividad y consecuencias de las actividades.

Algunos proponentes de la práctica basada en la evidencia adoptan un mayor especificidad en el tipo de investigación que contribuye a la evidencia. Brownson et al categorizar dos tipos de evidencia:

- Tipo 1, es la investigación que describe las relaciones de riesgo de enfermedad e identifica la magnitud, severidad y preventibilidad de los problemas de salud pública. Este tipo de evidencia enfatiza lo que debe hacerse.
- La evidencia tipo 2. identifica la efectividad relativa de las intervenciones específicas dirigidas hacia un problema. Este tipo de evidencia puede ayudar a determinar lo que estaría hecho.

Rychetnik (2003) proponen una tercera categoría que amplía la información descriptiva y/ o cualitativa. La evidencia tipo 3 incluye el diseño e intervención; la características sobre el diseño e implementación de una intervención, el contexto en el que la intervención fue implementada; y la información sobre como fue recibido la intervención.

2.12.3 Técnicas sugeridas para la investigación en salud pública basada en la evidencia

Para mejorar la relación entre investigación y la evidencia se han recomendado las siguientes técnicas:

1. Estudios de caso.
2. Discusión en grupos focales
3. Análisis de procesos: ¿Qué, Quién, Cómo? Por qué? Cuándo?
4. Análisis de fuerzas: es usado ampliamente en la planeación e implementación de los cambios en las organizaciones. Es un método poderoso para obtener comprensión acerca de las fuerzas que intervienen en un determinado momento para establecer su origen y fuerza.
5. Análisis situacional o árbol de problemas: permite la organización de las causas del problema, efectos, factores que influyen, etc. que permiten la priorización a las acciones para abordar un determinado aspecto.
6. Análisis de involucrados (Stakeholders analysis): se refiere a la caracterización de los principales grupos de interés relacionados con la dinámica del problema, la implementación de la propuesta de decisión y los resultados obtenidos. Especial importancia reviste en este campo la caracterización de los intereses que movilizan a los actores y sus conflictos y alianzas.
7. Mapas de influencia (Análisis de redes): identifica los individuos y grupos con capacidad para tomar decisiones clave.
8. Análisis DOFA: de debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades.
9. Triangulación: es una técnica que compara y valora las fuentes, para resolver el problema.
10. Consulta a expertos.
11. Análisis formal de políticas.

2.12.4 Lógica de la intervención basada en la evidencia

La gestión de la salud pública basada en la evidencia tiene en cuenta los siguientes aspectos:

- Revisión de la evidencia
- Revisión de recomendaciones basadas en la evidencia
- Formulación de políticas y práctica basadas en la evidencia. En razón a que la gestión de las políticas es un proceso por naturaleza conflictivo, la información sobre la evidencia suele ser insuficiente para influenciar la decisión, resultado que demanda con frecuencia la realización de complejas negociaciones sociales y políticas. En el campo de lo público la investigación proporciona sólo un tipo de evidencia pero es una consideración que debe tomarse en cuenta. Factores sociales, económicos, políticos y comerciales a menudo se interponen en el uso de la evidencia para la formulación de políticas. Lo clave es que decisiones políticas y prácticas sean informadas, desde la evidencia.

Algunos aspectos influyen de manera especial en la utilización de las evidencias:

- Desenmascaramiento. Si los propósitos orientados a la evidencia tienen prioridad sobre otros, deben existir incentivos reales para quienes se interesan en proveer evidencia para la creación y uso de la evidencia para la formulación de políticas. Es necesario desentrañar que prácticas están interesadas en proveer evidencias de aquellas a las que subyacen intereses comerciales. Las estrategias deben orientarse al establecimiento de estructuras y sistemas que protejan la investigación independiente y revisen que este libre de otros intereses.(114)
- Uso de revisiones sistemáticas: Se trata de un método para identificar, valorar y sintetizar la investigación de la evidencia. Su objetivo es evaluar e interpretar toda la investigación que está disponible respecto a una pregunta importante. El espectro de acción de una revisión sistemática requiere un análisis comprensivo de todos los estudios rele-

vantes; el uso de criterios para incluirlos y excluirlos y la aplicación de estándares establecidos para evaluar la calidad de los estudios.

Las revisiones sistemáticas pueden hacerse sobre cualquier tipo de estudio e incluyen; el meta análisis, la revisión de narrativas, el análisis de Cochrane, los sesgos de las publicaciones y los análisis de heterogeneidad

Criterios para la valoración de los estudios de evidencia en salud pública

1. Rigor metodológico
2. Nivel de la evidencia
3. Fuerza de la evidencia
4. Magnitud de la evidencia
5. Vínculo entre los argumentos y la evidencia
6. Validez interna y externa
7. Confiabilidad.
8. Fuerza de la evidencia: como es interpretada y aplicada
9. Relevancia
10. Rigor en los criterios de causalidad

2.12.5 Los supuestos y la investigación

Los supuestos son creencias o principios que se dan por hechos. Son esenciales en toda comunicación efectiva. En ausencia de supuestos cada interacción requiere del inicio con una exposición detallada de todo lo que se entiende o comprende por todos los involucrados. Los supuestos usualmente permanecen implícitos, y a menudo invisibles, hasta que son cuestionados o modificados. La invisibilidad de estos supuestos puede tornarse problemática, cuando, por ejemplo, los colaboradores piensan de manera diferente pero usan el mismo lenguaje o terminología. Para evidenciarlas se han propuesto diferentes estrategias.

Aunque el propósito de usar la evidencia provista por la investigación es introducir claridad y mayor objetividad en las deliberaciones acerca de las políticas y prácticas, todas las conclusiones a las que se llegue están determinadas por supuestos. Estos modelan las respuestas a las

preguntas, influyen los argumentos que se elaboran y determinan la evidencia que apoya los argumentos.

2.12.6 El aporte de los enfoques cualitativos

Los argumentos propuestos anteriormente revelan la complejidad del objeto de estudio y destacan la necesidad de complementar y fortalecer la investigación en materia de salud pública con enfoques cualitativos, los cuales permiten reconocer y comprender los fenómenos sociales relacionados con los comportamientos, significados e interpretaciones que los humanos hacemos de los hechos y los fenómenos sociales.

La realidad social es construida por la gente a través de la interacción. La mirada a la salud pública como fenómeno social, fuertemente influenciado por las políticas de otros sectores del desarrollo, debe ser promovida en los investigadores en proceso de formación. Especial importancia reviste el análisis del Estado en su relación con la salud pública y las políticas que afectan la salud, cuyo estudio constituye un asunto obligado. Desde la perspectiva del método, las investigaciones en salud pública deben complementar los estudios cuantitativos de tipo epidemiológico y biomédico con enfoques cualitativos, algunos de los cuales permiten involucrar a la gente en la gestión del conocimiento. Para ello se requiere apertura de los investigadores y los tomadores de decisiones, alianzas con otras disciplinas y sectores del desarrollo.

La formación de los investigadores y tomadores de decisiones debe tratar con igual respeto ambos enfoques y ofrecer estímulos y garantías para su desarrollo, articulación y aplicación. Los investigadores de las ciencias sociales y económicas deben hacer parte de las plantas docentes y de los asesores de trabajos de investigación de los profesionales en proceso de formación como investigadores en salud pública. Por su parte, las investigaciones que pretenden dar cuenta de la eficiencia y efectividad de los sistemas de salud deben incorporar expertos de las ciencias de la salud.

2.13 LA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA: UN PROCESO INCIPIENTE

La investigación en salud pública se define como la producción de conocimiento que permita comprender el proceso salud enfermedad en una población, explicar la estructura y dinámica de sus determinantes genéticos, ambientales, comportamentales y sociales, y valorar las acciones adelantadas por los agentes sociales para intervenir la salud.

La investigación en salud pública comprende entonces una amplia gama de estudios que incluye las investigaciones clínicas y epidemiológicas, las investigaciones adelantadas por las ciencias básicas acerca de las condiciones biológicas y ambientales de la vida, y los estudios adelantados desde las ciencias sociales para explicar los determinantes del proceso salud enfermedad (economía, demografía, administración, psicología, sociología y antropología). En este último grupo se destacan los estudios que asumen como su objeto de interés las políticas y los sistemas de servicios que afectan la salud.

La relación entre investigaciones y políticas puede entenderse como un proceso complejo y variable, cuyos resultados podrían depender de ciertos factores susceptibles de identificación e intervención. Varios autores se han ocupado de esta interacción. (63;115;116) Es equivocado suponer que toda política de salud demanda una investigación, pues con frecuencia hay suficientes elementos de juicio como para justificar una decisión determinada sin necesidad de realizar estudios nuevos y el problema consiste entonces en aprovechar la información.(117) En otros casos, la decisión es más difícil, pues dependerá de condiciones que no son explícitas ni evidentes. Es allí donde la investigación se hace especialmente útil; "...cuando las cosas no se reconocen con facilidad. La batalla (del investigador) consiste en interpretar la información, en desarrollar estrategias contra signos extremadamente opacos..."(118) y generar nuevos conocimientos que cambien la decisión.(119)

OBJETOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA

1. La salud pública como práctica social
 - a. Políticas y salud
 - b. Sistemas de servicios y salud
 - c. Participación social en salud
 - d. Estado y salud
 - e. Otras expresiones de la respuesta social
2. La salud pública como discurso
 - a. Modelos teóricos en salud pública
 - b. Compromisos ideológicos en salud pública
 - c. Ética y salud pública
3. La salud pública como hecho público
 - a. Carencias de la población
 - b. Potencialidades de la población
 - c. Determinantes del proceso salud enfermedad
 - d. Derechos humanos y salud
 - e. Relaciones entre salud y desarrollo social

En relación con las políticas de salud, las investigaciones podrían mejorar la decisión de cuatro formas: advirtiendo sobre problemas que podrían ser prioritarios, guiando a los actores hacia mejores decisiones, reconceptualizando los problemas para facilitar su comprensión y movilizandolos apoyos hacia una determinada propuesta. (119) En cualquiera de estos casos, la incorporación a las políticas ocurre a través de diferentes mecanismos.(120) Scott y West (121) proponen, por ejemplo, diferenciar los análisis del proceso político, de los análisis para el proceso político, y agrupan la investigación políticamente relevante en dos categorías: la investigación académica tradicional disciplinaria o conducida por investigadores, y la investigación aplicada dirigida a resolver los problemas prácticos de la política. Esta última adquiere cada vez mayor importancia y se divide a su vez en investigación dirigida a evaluar políticas ya establecidas, e investigación dirigida a soportar el desarrollo de políticas. Existen dos tipos de

estudios con diferente grado de influencia sobre las políticas: La investigación pura de los académicos y la producción del conocimiento que se realiza al resolver problemas en la marcha; en este último caso, el conocimiento es producido interdisciplinariamente por diferentes agentes que se mueven de un problema a otro, apremiados por la misma cotidianidad; en consecuencia, el conocimiento no se descubre primero y se aplica después, sino que es generado y producido por el mismo contexto en el cual se pone en marcha. Este tipo de investigación tiene una difusión más amplia e inmediata entre los artífices de políticas.

A pesar de la poca utilización que se hace de los estudios, la investigación en sistemas y políticas que afectan la salud ha sido reconocida internacionalmente como un recurso invaluable que permitiría promover la racionalidad de las decisiones y se acepta que los sistemas de respuesta social pueden mejorar su desempeño si se fundamentan en evidencias acerca de su comportamiento frente a los determinantes de la salud.(26) Específicamente se espera que las investigaciones den respuesta a necesidades de conocimiento sobre la dinámica de los sistemas de salud y su relación con las condiciones de vida de la población, así como con el contexto económico, político y social de cada país. Diferentes organismos internacionales, como la OMS(49;122) y el Banco Mundial,(123) han promovido este tipo de investigación en razón a la preocupación por los costos, la eficiencia y las bajas coberturas de los sistemas de salud en la mayoría de países.

Sin embargo, y de forma paradójica, el panorama mundial de la investigación en salud pública es precario. Los fondos destinados a investigar las políticas y los sistemas de salud son exiguos y representaban para 2000, menos del 0.02% del gasto en salud. (26). El monto que se invierte en los estudios puede reflejar el interés particular de las agencias que financian las investigaciones. Tradicionalmente las prioridades en investigación en salud se han formulado en términos de enfermedades y tecnología biomédica.(46;124) Enfermedades de alta frecuencia en el mundo reciben relativamente poca atención por parte de las investigaciones; tal es el caso de las infecciones respiratorias, la enfermedad diarreica, las enfermedades cardiovasculares, la salud mental, la tuberculosis, las enfermedades tropicales, las condiciones perinatales y el

VIH/SIDA. De un total de US \$60 billones gastados anualmente en investigaciones biomédicas (US\$42 por DALY) menos del 2% (solo US\$100 millones = US\$2.2 por DALY) se invierten en temas relacionados con la malaria que representó para el año 2000 el 2.7% de la carga de enfermedad en el mundo(46). En el año 2000 “el gasto total en investigaciones relacionadas con leishmaniasis, malaria, trypanosomiasis y tuberculosis – que juntas representan el 5% de la carga de enfermedad del mundo (75 millones de DALYs) – ascendió a US\$383 millones. De estos, aproximadamente US\$85 millones se gastaron en investigaciones sobre medicamentos, lo cual equivale al 0.14% del gasto total en investigación sanitaria, y solo a un US\$1.13 por DALY. Las cifras mencionadas son extremadamente bajas si se considera que, la resistencia del parásito a los antimaláricos viene en aumento” (46)

En los últimos años han aumentado la cantidad y calidad de los estudios sobre las relaciones entre la salud de las poblaciones, las desigualdades en las condiciones de vida y el grado de desarrollo de la trama de vínculos y asociaciones entre individuos y grupos, capital social, (125). El incremento en el número de investigaciones también se ha dado en relación con los sistemas de servicios de salud, que pasaron del 0.27% de las publicaciones indexadas en Medline en 1991 al 0.71% en 2000. Sin embargo esta proporción continúa siendo extremadamente baja y se concentra en los países industrializados expresando una inequidad mayor aún que la brecha 10/90.(26)

El incremento en los estudios interesados por las políticas y los sistemas de salud no ha sido homogéneo. Los estudios de la década de los 70 se interesaron especialmente por el problema de las coberturas. A partir de 1978, bajo la influencia de la Declaración de Alma Ata y la importancia que esta conferencia concedía a la investigación, hubo un resurgimiento de las publicaciones interesadas en los sistemas de servicios de salud y su financiación. Desde 1987 y bajo la influencia del Banco Mundial, el interés de las investigaciones se centró en las reformas, la organización de los servicios y su financiación.(26)

Aunque se observa un incremento en la producción de conocimientos, el panorama es menos promisorio en lo que se refiere a su utilización por parte de los tomadores de decisiones. Los

organismos internacionales consideran que la mayoría de las decisiones que afectan la salud y la asignación de recursos, no se fundamentan en evidencias. En principio, la poca utilización de los estudios relacionados con las políticas y los sistemas de servicios se ha relacionado con los siguientes factores:(26)

1. Las investigaciones en políticas y servicios deben apoyarse en disciplinas sociales, calificadas en ocasiones como ciencias “blandas”, desde una perspectiva que implícitamente subvalora su capacidad de generar conocimiento útil.
2. El estudio de las políticas y los servicios reviste una especial complejidad cuya solución demanda la convergencia de una gama muy amplia de disciplinas, que no constituyen fortalezas de las facultades y escuelas de ciencias de la salud.
3. Las intervenciones que interesan a los investigadores suelen formar parte de políticas más amplias. Los estudios capaces de captar procesos más integrales son más complejos e inusuales.
4. La influencia de otros determinantes hace muy difícil atribuir los cambios observados a una intervención en particular. En este contexto, los hallazgos de un estudio pueden quedarse cortos frente a las necesidades de los tomadores de decisiones.

Adicionalmente, los estudios interesados por las políticas y los sistemas de servicios presentan otros problemas como:

- En la mayor parte del mundo, los sistemas de investigación en salud son fragmentados, competitivos y altamente especializados (26)
- La gestión de estos sistemas suele obedecer a los sesgos impuestos por los agentes financiadores más que a las prioridades nacionales. Este hecho ha derivado en una distribución especialmente inequitativa que destina el 90% de los recursos disponibles para investigación en salud, a los problemas del 10% de la población, y que ha sido denominada por los organismos internacionales como la Brecha 10/90. (124)
- Se observa un predominio de publicaciones sobre aspectos teóricos y filosóficos relacionados con la situación de salud y sus determinantes. Este fenómeno se acompaña de una ausencia de resultados que puedan

servir de guía para la definición de políticas e intervenciones

- Por requerir enfoques múltiples y trans - disciplinarios, los estudios en salud pública pueden revestir mayor dificultad y presentar deficiencias metodológicas con mayor frecuencia que otras investigaciones.
- Se observa un uso casi exclusivo de estadísticas vitales como fuentes de información, con poca utilización tanto de datos secundarios como de datos primarios recolectados en el nivel local.

La relación entre las investigaciones y las políticas que definen la salud pública no es mecánica ni unidireccional.(56;126-128) Las políticas públicas en general, y en el caso particular de las políticas que afectan la salud, son el producto de intereses ideológica y políticamente determinados y los investigadores pueden verse tanto estimulados como restringidos por estos intereses. El aprovechamiento de los estudios depende también de los cambios en el contexto donde las políticas internacionales y nacionales condicionan no solo la generación de investigaciones sino también su aceptación y adopción por los tomadores de decisiones. El aumento de publicaciones sobre el tema de las reformas que se observa durante la década de los 90 podría constituir un ejemplo de influencia de las políticas vigentes sobre los intereses de investigación, más que a la inversa.

La investigación en salud pública se ha venido desarrollando paulatinamente, los países tienen diferentes niveles de logro al respecto y sus aplicaciones prácticas se están documentando en circunstancias y situaciones de desarrollo diversas. Se han realizado eventos para crear un consenso en relación con las mejores políticas y prácticas, sin embargo se necesita mayor articulación entre los procesos de investigación y sus productos con la formulación y gestión de las políticas del sector.

2.14 INICIATIVAS PARA PROMOVER LA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA

Durante la década de los 90, los organismos internacionales mostraron un particular interés en la investigación en políticas de salud y en especial en el tema de las reformas. En 1990 la

Asamblea Mundial de la Salud enfatizó la necesidad de desarrollar investigaciones en salud para fundamentar en ellas las políticas nacionales e impulsó la noción de Investigación Sanitaria Nacional Esencial (129); por su parte, en 1993, el informe del Banco Mundial *Invertir en Salud* destacaba la importancia de la investigación para mejorar la salud (130). Al interés de los organismos internacionales se suma el de

las agencias privadas. Con el propósito de reducir la brecha 10/90 y aprovechar las investigaciones para mejorar la salud mundial, las reuniones sobre investigación en salud auspiciadas por la OMS, en cooperación con otras agencias, han propuesto(131) varias recomendaciones que se resumen en el **cuadro 1**.

Cuadro 1. Recomendaciones internacionales sobre investigación en salud

Fuente	Contenido de la recomendación
Asamblea Mundial de la Salud 1990	<ul style="list-style-type: none"> • Enfatiza la necesidad de realizar investigaciones en salud para fundamentar las políticas nacionales
Comisión de Investigación en Salud para el Desarrollo (1990)	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el impacto de los demás sectores en la salud • Realizar estudios interdisciplinarios y en cada país, sobre determinantes de la salud
Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial: Invertir en salud 1993	<ul style="list-style-type: none"> • La investigación es esencial para mejorar la salud y superar las desigualdades • Investigar sobre problemas prioritarios. • La eficiencia de los servicios es una prioridad
Comité Ad-hoc sobre Investigación en Salud (1996)	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar estudios sobre determinantes de la salud • Priorizar áreas de investigación de mayor impacto poblacional • Utilizar las intervenciones más costo efectivas frente a la carga de enfermedad
Comité Asesor para investigación en salud (1997)	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar estudios sobre determinantes de la salud • Utilizar perfiles visuales de información en salud para reflejar los hallazgos
Proyectos de Investigación Sanitaria Nacional Esencial (1999)	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar en cada país procesos orientados por la demanda • Definir prioridades en cada país con base en criterios de equidad, justicia y aceptabilidad ética, política, social y cultural
Foro Mundial para la Investigación en Salud (2002)	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar la prioridad de las investigaciones sobre enfermedades de mayor carga y sobre determinantes de la salud • Complementar los enfoques biomédicos con los aportes de la epidemiología, la demografía, la economía, las ciencias del comportamiento y la administración • Promover investigaciones sobre los problemas y condiciones de salud de la población más pobre • Fortalecer los estudios sobre sistemas de salud • Promover la participación de las comunidades en la identificación de prioridades de investigación

2.15 FACTORES CONDICIONANTES DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA Y SUS POLÍTICAS

Los factores que condicionarían la investigación en salud pública y sus políticas están relacionados con los campos identificados como prioritarios en las evaluaciones del sistema de Ciencia y Tecnología, entre ellos:

- La necesidad de fortalecer la investigación en sistemas de salud a nivel regional, haciendo énfasis en las necesidades poblacionales identificadas por los entes territoriales - secretarías de salud, y los centros y grupos de investigación de las regiones y el fortalecimiento de los grupos de investigación ya consolidados en las regiones y el impulso de los nuevos
- La realización de un estado del arte sobre el comportamiento de la investigación antes y una vez entrada en vigencia la Ley 643 del 2001 por medio de la cual se destina el 7% de las rentas del monopolio de juegos de suerte y azar asignadas al sector salud manejadas a través del Fondo de Investigación en Salud.
- El establecimiento de mecanismos que propicien el conocimiento de los resultados de las investigaciones por parte de los decisores, utilizando por ejemplo metodologías de socialización, resúmenes ejecutivos, entre otros. Es este punto de gran interés, es decir, pues mide el impacto de la investigación y su utilización como herramienta en la toma de decisiones. Aparecen identificados como factores críticos para el desarrollo de esta estrategia, la comunicación entre los distintos actores, que se califica como deficiente, e incluye la poca divulgación de resultados.
- En relación con la capacitación y formación del recurso humano en investigación se sugiere la continuidad de estrategia como: formación de jóvenes investigadores, como también los logros en estudios de posgraduados a nivel de maestrías y doctorados asociado principalmente a la políticas de las

universidades y centros de investigación en cada región.

- Es necesario la implementación de incentivos de tipo económico y de apoyo logístico para incentivar la investigación en este campo, así como facilitar el retorno al país de investigadores con capacitación en el campo de la investigación en salud pública, de tal manera que se vinculen a centros de investigación en las diferentes instituciones universitarias y centros de investigación.
- Se han identificado áreas y campos de investigación en los cuales se han venido desarrollando competencias y capacidades en cada región, generalmente relacionadas a centros y grupos de investigación establecidos al interior de instituciones universitarias en los distintos departamentos
- Se considera necesario reforzar la regionalización considerando las características propias de cada región para la asignación de recursos; mantener las políticas de fortalecimiento de los grupos actuales, como la de promoción de nuevos, así como la creación de mecanismos que faciliten la interacción entre los distintos actores. Se registra también la consecución de recursos de distintas fuentes, tanto de entes públicos como del sector privado, y se resalta la importancia de lograr también la modificación del techo que limita la asignación de los recursos actuales del Fondo.

Respecto a las áreas de salud objeto de investigación que se consideran relevantes por ser poco desarrolladas en la región, se encuentran las registradas en el Plan vigente con algunas precisiones, y se cita como nueva "los modelos de ventas al exterior en el marco de las negociaciones internacionales".

2.16 INVESTIGACION EN SALUD PÚBLICA: LINEAMIENTOS INTERNACIONALES

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS,(26;132) la investigación es esencial para mejorar el diseño de intervenciones en salud, políticas y provisión de servicios, y para impulsar su desarrollo se deben establecer estrategias que incluyan:

- Desarrollar Sistemas Nacionales de Investigación en Salud (133) capaces de articular actores y recursos alrededor de metas comunes.
- Conformar y sostener redes y alianzas público-privadas, centradas en esfuerzos de investigación sobre salud, enfermedades y sistemas de salud.
- Insistir en la necesidad de priorizar los problemas objeto de estudio. Ello implica desarrollar metodologías para establecer prioridades, utilizando matrices de enfoques combinados, y considerando en el análisis criterios como la medición de flujo de recursos, el análisis de costo-efectividad y la carga de enfermedad.
- Corregir las inequidades en la asignación y distribución de los recursos para que los problemas prioritarios de salud reciban la mayor proporción de recursos.
- Promover la difusión y utilización de los hallazgos por parte de los tomadores de decisiones. Ello implica difundir e impulsar la utilización de evidencias por parte de los tomadores de decisiones y artífices de políticas públicas.

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA INVESTIGACION EN SALUD PUBLICA

1. Desarrollar Sistemas Nacionales de Investigación en Salud
2. Conformar y sostener redes y alianzas de investigación
3. Insistir en la necesidad de priorizar
4. Corregir las inequidades en la asignación y distribución de los recursos
5. Promover la utilización de evidencias por parte de los tomadores de decisiones

La declaración de México (134) sobre las Investigaciones sanitarias reconoce que la investigación tiene un papel decisivo, aunque insuficientemente reconocido, en el fortalecimiento de los sistemas de salud, el mejoramiento de la distribución equitativa de servicios sanitarios de alta calidad y el impulso del desarrollo humano. Reconoce también que la investigación es un componente esencial de sistemas de salud sólidos, que posibiliten una acción bien fundamentada para mejorar la salud de la población y acelerar el ritmo de desarrollo mundial, regional y nacional.

Al respecto, la declaración hace algunas consideraciones que podrían mejorar el desempeño de la investigación en salud pública:

- La investigación de alta calidad se ve facilitada cuando cada país tiene un sistema nacional de investigación sanitaria que sea sólido, transparente y sostenible, entendido como el conjunto articulado de personas, instituciones y actividades cuyo cometido principal es generar los conocimientos pertinentes, conforme a elevadas normas éticas que puedan utilizarse para mejorar el estado de salud de la población de manera equitativa.
- La política sanitaria, la salud pública y la prestación de servicios debe basarse en pruebas fiables procedentes de investigaciones de alta calidad. Los datos de investigación provienen de diversas fuentes, en particular aquellas

que iluminan los valores y las diferencias personales y culturales, tienen en cuenta las necesidades de pacientes y dispensadores y calibran los beneficios y los posibles riesgos de las intervenciones de salud. Desestimar los datos de investigación es nocivo para los individuos y las poblaciones y significa un desperdicio de recursos.

- Los resultados de las investigaciones de alta calidad no solo deben ser accesibles a los decisores, sino comunicarse también de manera tal que influyan efectivamente en la adopción de decisiones de política, salud pública y atención de salud. Los resultados de las investigaciones deben publicarse, conservarse en registros y archivos de acceso internacional y sintetizarse mediante exámenes sistemáticos. Estas medidas pueden ayudar a conformar las decisiones acerca del apoyo a nuevas investigaciones y generar confianza pública en la ciencia.

2.17 LINEAMIENTOS PARA EL DESARROLLO CIENTÍFICO Y TECNOLÓGICO EN SALUD PÚBLICA

El desarrollo científico y tecnológico en salud pública deberá estar orientado por los siguientes propósitos:

- Contribuir a la generación de nuevos métodos y estrategias para fortalecer el proceso de toma de decisiones con base en evidencias científicas y sociales
- Apoyar la generación de conocimiento para contribuir a mejorar la calidad y las condiciones de salud de las poblaciones
- Promover el desarrollo de tecnologías que apoyen los procesos diagnósticos y terapéuticos, partiendo de la capacidad instalada que existe en las diferentes instituciones del país.
- Contribuir a generar bienestar en las colectividades

- Plantear alternativas que coadyuven a la resolución de problemáticas específicas en los diferentes grupos poblacionales.
- Aportar elementos para mejorar la calidad de gestión del sector salud, las condiciones de salud y vida de la población.

Lo anterior solo es posible a través de la conformación de redes nacionales que identifiquen necesidades comunes y propongan tópicos de investigación simultáneos para evidenciar la realidad nacional y facilitar la toma de decisiones contextualizadas sobre las cuales, a futuro, sea posible vislumbrar el impacto de las intervenciones propuestas.

Los lineamientos internacionales sobre los cuales es necesario fundamentar el desarrollo tecnológico y científico en salud deben partir indudablemente del concepto de tecnología en salud que, según la OPS (1998), ha sido definida como la aplicación del conocimiento empírico y científico a una finalidad práctica.

La tecnología se define como la aplicación del conocimiento a la aplicación de bienes y servicios. La tecnología tiene un componente físico (hardware) y un componente lógico (software); este último debe garantizar que el usuario esté en condiciones de aplicar el recurso físico en condiciones óptimas y con el máximo beneficio. El resultado de la aplicación de la tecnología puede limitarse de manera importante si no existe una correspondencia armónica entre los recursos materiales y los principios organizativos.

Desde esta perspectiva lo tecnológico no es solo un recurso que transforma y construye la realidad física, sino también la realidad social. En la medida en que las políticas públicas incorporen el conocimiento y se orienten a la solución de problemas sociales, configuran tecnologías al servicio de los intereses públicos y pueden valorarse como tales.

Los principales principios que deberán apoyar el desarrollo tecnológico y científico en el campo de la salud pública estarán enfocados hacia la búsqueda de la eficiencia, efectividad y calidad de la salud pública y las políticas que inciden sobre ella. Para esto será necesario(107) que los estudios que se desarrollen incluyan variables que permitan evaluar la utilidad, calidad y aseguramiento de servicios, eficiencia, riesgo

atribuible a las intervenciones en salud, factibilidad técnica, financiera y cultural para su aplicación, costo beneficio, costo efectividad e impacto organizativo, ético y social de políticas públicas y tecnologías en salud.

De igual manera, deben tenerse en cuenta varias vertientes que afectan muy directamente a las actividades de Salud Pública:

- La política, en el sentido de las relaciones de la salud pública con el Estado
- La científica, en el sentido de los marcos de referencia para la producción del conocimiento
- La profesional, en el sentido de la eventual evolución de los agentes dedicados a la salud pública hacia una profesionalización diferenciada y
- La institucional en el sentido de su estructura y su función en relación a su capacidad para dar una respuesta adecuada a los problemas que tenemos planteados.

Así mismo, es necesario entender cuáles son los factores de orden político, social y cultural, relevantes en los problemas de salud física y mental y cómo interactúan entre sí; este conocimiento permitirá el desarrollo de estrategias alternativas e intervenciones innovadoras para aliviar el sufrimiento y promover la justicia, equidad, seguridad y la paz.

Al respecto, Franco(135) cita a Savater, quien sintetiza así nuestras debilidades: "pandemias contagiosas de diferentes plagas ligadas a un uso vicioso de la libertad individual y (en contraste) la imposición obligatoria de cierto tipo de salud pública basada en el paternalismo y en una fundamentación en lo productivo, funcional y genérico..."

Hace así, una descripción de la situación de salud y de la respuesta social desde una óptica externa a la disciplina de la salud pública. Por consiguiente, se necesita en este campo de una maduración como ciencia y transdisciplina, superar el saber monotemático e incorporar las prácticas multisectoriales y la acción política; de otro lado, es imperioso terminar con las diferencias en la entrega del conocimiento y la información para el desarrollo.

Deben tenerse en cuenta las nuevas tendencias en las cuales se integran cambios medioambien-

tales, variaciones estructurales en el perfil epidemiológico, factores sociodemográficos, medidas preventivas sobre las personas, tomar en cuenta los aspectos sociales de los problemas de salud relacionados con estilos de vida, las políticas de salud de orden local y nacional y el intervencionismo terapéutico, el de la asistencia y la clásica atención médica, soportado por la nueva tendencia gerencial y desarrollo organizacional e institucional. A ninguna de ellas, la salud pública de hoy se puede abstraer.

Se destacan hoy en la salud pública, las políticas de salud multisectoriales de la sociedad en su conjunto, lideradas por el estado. Es una práctica político social que engloba intervenciones diversas inherentes a los colectivos, producto de diferentes actores y lógicas múltiples pero siempre puestas al servicio de lo poblacional.

Continúa planteando este autor, que es necesario pensar en la vida y en el desarrollo, lo cual nos conduce indefectiblemente a solucionar los problemas relacionados con la paz, resolver los conflictos entre etnias, el desarrollo en armonía con ambiente y equidad, la superación de la pobreza o redistribución de la riqueza, la gestión global de los problemas emergentes de la salud pública (la guerra, el armamentismo, la drogadicción, nuevas infecciones, el excesivo consumo de factores de riesgo, el irrespeto por los grupos culturales y nacionales, el atropello a las minorías y grupos marginados); en fin, es la lucha por la dignidad humana, la seguridad social y la conservación de la especie.

En el campo de los servicios cabría: la articulación de la prestación y el mercado con las políticas sectoriales y transectoriales; del mismo modo los actores protagonistas durante los dos últimos siglos, los hospitales, las empresas de salud, las aseguradoras, los médicos, las enfermeras, las clínicas prestando su valioso servicio a la causa de la salud colectiva e individual de consumo con las políticas de salud; la conjunción del Estado, la sociedad y el sistema rector imperante, es notorio el desarrollo de la medicina de laboratorio y de alta tecnología, por otra parte.

Finalmente, se destacan otros aspectos que guardan más estrecha relación con el futuro de la salud pública: el desequilibrio demográfico, los flujos migratorios y el envejecimiento de la población; las amenazas sobre el medio ambiente y su deterioro; crecimiento lento, desigual, irregular e interdependiente; la crisis del estado de

Bienestar (en los países desarrollados, y en los nuestros, la carencia de una política social); nuevas formas de exclusión; el desempleo, la reconversión industrial y la crisis educativa; los cambios en los estilos de vida; cambios organizacionales y en la institucionalidad, producto de nuevas valoraciones.

2.18 UN COMPONENTE CRÍTICO DE TODO SISTEMA DE SALUD SON LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

Las sociedades invierten una gran cantidad de recursos en los sistemas de salud, de allí el interés entre quienes formulan las políticas en tener información acerca del desempeño de sus sistemas de salud. Las medidas de desempeño pueden ayudar a monitorear el progreso dentro del sistema y compararlo con otros sistemas. Esta información provee una evidencia que puede servir de base para mejorar los sistemas de salud. La falta de este tipo de información ha sido impedimento significativo para asegurar políticas basadas en la evidencia y para la reforma del sistema de salud.

Para que el sistema de salud pueda garantizar el cumplimiento de sus funciones la OMS recomienda poner en marcha un Sistema Nacional de Información que, de forma regular, presente todas las fuentes y flujo de los recursos económicos para salud en un determinado país. El sistema de información debe establecer quién paga, qué tanto paga, a través de que intermediarios se paga, en que se gastan los recursos y que beneficios se obtienen. Cuando el sistema es construido adecuadamente, llega a hacer parte de un sistema de información económica mayor. Los subsistemas de información deben reunir las siguientes características:

- Comprensión. Deben cubrir todo el sistema y todas las entidades que actúan en beneficio del sistema.
- Consistencia, usando las mismas definiciones, conceptos y principios para cada entidad y cada transacción que se mida.
- Comparabilidad a través del tiempo y el espacio.
- Compatibilidad con otros sistemas de medidas económicas, de manera tal que los cos-

tos en salud puedan ser analizados en el contexto económico.

- Periódicidad, con el fin de que proporcione información segura y útil para la definición de políticas.
- Seguridad, para que quienes formulan las políticas puedan confiar en la información utilizada para tomar decisiones.
- Sensibilidad a los aspectos políticos, proporcionando información detallada necesaria para la planeación macroeconómica.
- Replicabilidad, asegurando la transparencia necesaria para los usuarios para asegurar la validez de sus contenidos y para el análisis actualizado.

2.19 METODOLOGÍAS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA

La investigación en políticas y sistemas de salud no se diferencia de otros estudios por su metodología sino por su objeto de conocimiento.

Este objeto es especialmente complejo y su comprensión exigirá de los investigadores un enfoque amplio capaz de dar cuenta de aquellos aspectos que deben ser tenidos en cuenta al diseñar las intervenciones y asignar los recursos. Para eso el investigador se verá obligado con frecuencia a incorporar los avances de las diversas disciplinas de lo biológico y de lo social, y a desarrollar un instrumental teórico y metodológico que garantice la pertinencia y validez de sus descubrimientos. En este sentido, algunos autores consideran⁽¹²⁵⁾ que la ampliación de temas, disciplinas y enfoques lleva a la investigación en salud hacia un nuevo paradigma caracterizado por cuatro elementos claves: *la transdisciplinariedad*, entendida como la capacidad de transitar y de construir puentes entre campos disciplinarios distintos; *la complejidad*, es decir el desafío que supone lograr un conocimiento efectivo de totalidades complejas, sin recurrir a abstracciones simplificadoras; *la pluralidad*, que implica una actitud de apertura que rechaza los presupuestos monolíticos, los monopolios de pensamiento y las aproximaciones controladas y, finalmente, *la praxis* o necesidad de que los hallazgos de la ciencia se cristalicen en la práctica y de que las explicaciones se hagan con el propósito de identificar puntos sensibles en los cuales las intervenciones tengan mayor impacto.

La realización de investigación en sistemas y políticas de salud así como en gestión del sector involucra la utilización de enfoques tanto cualitativos como cuantitativos y, dentro de ellos, de una amplia gama de métodos, técnicas de recolección, procesamiento y análisis de datos, dada la amplia variedad y complejidad de problemas de investigación que se requiere abordar. Así por ejemplo, el estudio de políticas puede implicar el análisis de los procesos sociales y políticos que se suceden con ocasión del proceso de la política – formulación, implementación y evaluación- lo cual puede requerir un abordaje con métodos y técnicas cualitativas; también puede ser necesario combinarlo con el uso de métodos y técnicas cuantitativas, como encuestas. Todo ello permitiría comprender el proceso de las políticas integralmente y explicar su dinámica. También estudios de evaluación de las políticas requieren el uso de métodos evaluativos cuantitativos del impacto generado por la implementación de una política determinada, involucrando estudios epidemiológicos, encuestas poblacionales, meta-análisis, entre otros, cuyo abordaje implica el uso de métodos y técnicas cuantitativas y análisis estadísticos complejos.

Referencias

- (1) Conferencia Mundial sobre la Ciencia para el Siglo XXI: Un nuevo compromiso. Declaración de Budapest. Declaración sobre la Ciencia y el uso del saber científico. <http://www-campus-oei.org/salactsi/budapestdec.htm> 1999 June 26 Accesado Nov 1 de 2005
- (2) Guerra de Mesa MdR. Lineamientos básicos de política de ciencia y tecnología. Bogotá: COLCIENCIAS; 2003.
- (3) Alliance for Health Policy and Systems Research. Strengthening health systems: the role and promise of policy and systems research. Geneva: Global Forum for Health Research; 2004.
- (4) Stiglitz J. El rumbo de las reformas: Hacia una nueva agenda para América Latina. Revista de la Cepal 2003 Aug;80:7.
- (5) Gómez-Arias R. Efectos de la ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia. Universidad de Antioquia; Medellín 2005.
- (6) Franco A. Seguridad social y salud en Colombia. Estado de la reforma. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2000;2(1):1-16.
- (7) Hernández M. El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2001;19(1):57-70.
- (8) Colciencias. Lineamientos Básicos de Política de Ciencia y Tecnología. Bogotá: COLCIENCIAS; 2003.
- (9) Ortiz N. Nociones generales acerca de las políticas públicas. Cali: Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca; 2005.
- (10) Vargas A. El Estado y las Políticas Públicas. Bogotá: 1999.
- (11) Álvarez A. Temas de coyuntura en gestión pública. España.; 1992.
- (12) Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Salud y ambiente en el desarrollo humano sostenible de las Américas. Washington, D.C.: Conferencia Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible.; 1995 Oct.
- (13) USACH. Salud y medio ambiente. Santiago: SUMA21 (Sustentabilidad y Medio Ambiente para el siglo 21); 2005.
- (14) AUPEC (Agencia Universitaria de Periodismo Científico). Salud y medio ambiente. Suplemento "La Salud". 2003. Universidad del Valle.
- (15) Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud. Perfil del sistema de servicios de salud de Colombia. OPS; 2002 May. Report No.: 2da. edición.
- (16) OMS. Informe Mundial sobre el conocimiento orientado a mejorar la salud. Fortalecimiento de los sistemas sanitarios. Ginebra; 2004.
- (17) Suchman E. Evaluative Research: Principles and Practice in Public Service and Social Action Programs. New York: Russell Sage Foundation; 1967.
- (18) Salazar Ld. Evaluación de Tecnología en Salud Pública. Artes Gráficas Univalle; 2000.
- (19) Franco-Agudelo S. Teoría y práctica de la salud pública. 1993. Medellín, Facultad Nacional de Salud Pública. Ciclo: Objeto de la salud pública.
- (20) Organización Mundial de la Salud. Carta de Constitución. Ginebra; 1948.
- (21) Organización Mundial de la Salud. Salud Para Todos en el año 2000. Ginebra: OMS; 1978.
- (22) Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata: Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud, Alma Ata (URSS). 1978.

- (23) Canadian Public Health Association. Ottawa Charter for Health Promotion. 1-4. 1986. Ottawa (Canadá), International Conference on Health Promotion.
- (24) Grisales L, GE, Torres B, Nieto E. Contexto de la investigación en salud pública. Medellín: 2005.
- (25) Martínez-Morante E, García-Caliente M, Rodríguez I, Navarro G. Revisión de guías para incorporar la perspectiva de género e investigación en Ciencias de la Salud. <http://www.easp.es/redgenero/documentos/revisiónguías.pdf> 2005
- (26) Secretaría de Salud de México. Programa de Acción: Investigación en Salud. México D.F; 2001.
- (27) Frenk J. La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. México D.F: Fondo de Cultura Económica.; 1997.
- (28) Walt G. Health policy: An introduction to process and power. Johannesburg: Witwatersrand University Press; 1994.
- (29) Moynihan R. Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. Disentanglement. BMJ 2003;326:1193-6.
- (30) Milio N. Promoting health through public policy. Ottawa.: 1989.
- (31) Scott C, West E. Nursing in the public sphere: health policy research in a changing world. J Adv Nurs 2001 Feb;33(3):387-95.
- (32) Gómez-Arias R, Orozco D, Rodríguez-Ospina F, Velásquez-Vélez W. Políticas públicas y salud: relación entre investigación y decisión. En proceso de publicación, editor. Revista Facultad Nacional de Salud Pública . 2005.
- (33) Phillips C. The economics of 'more research is needed'. International Journal of Epidemiology 2001;30:771-6.
- (34) Innerarity D. La sociedad Invisible. El País . 19-2-2002. Madrid.
- (35) Milio N. La contribución de la investigación. Revisiones en salud Pública 1993;3:155-67.
- (36) Stone D, Maxwell S, Keating M. Bridging Research and Policy. An International Workshop. UK: Department for International Development Warwick University; 2002 Jul 16.
- (37) World Health Organization. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO; 2001.
- (38) World Health Organization. 10/90 Report 2002. Geneva: Global Forum on Health Research; 2002.
- (39) Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en salud. 1-17. 1993. Washington.
Ref Type: Serial (Book, Monograph)
- (40) Global Forum on Health Research. The 10/90 Report on health research. Geneva: World Health Organization; 1999.
- (41) World Health Organization. Investing in health and development. Report of the ad hoc committee on health research relating to future intervention options. Geneva; 1996.
- (42) Pellegrini F. Ciencia en Pro de la Salud. Notas para la actividad científica para el desarrollo de la salud en América Latina y el Caribe. Publicación científica y Técnica; Organización Panamericana de la Salud; 2000.
- (43) Gómez-Arias R. Políticas de Salud ¿qué investigar?. .. editor. [Conferencia], -20. 2004. Medellín, Facultad Nacional de Salud Pública.
- (44) Bronfman M. De la investigación en salud a la política: la difícil traducción. México D.F: Manual Moderno; 2003.
- (45) Trostle J, Bronfman M, Langer J. How do researchers influence decision-makers? Case

- studies of Mexican policies. *Health Policy and Planning* 2005;14(2):103-14.
- (46) Brundtland G. Health Research for development. International. Geneva: WHO; 1999.
- (47) World Health Organization. 10/90 Report 2002. Geneva: Global Forum on Health Research; 2002.
- (48) World Health Organization. 10/90 Report 2002. Geneva: Global Forum on Health Research; 2002.
- (49) International Conference on Health Research for Development 2000. Health research for development: the continuing challenge. http://www.cohred.ch/documents_COHREDweb/Reports_conference/discussionpaper.pdf accessed 01/03/2005
2000 October 10
- (50) Cumbre ministerial sobre investigaciones en salud. Declaración de México: Conocimientos para una mejor saludACIÓN DE MÉXICO. México; 2004 Nov 16.
- (51) Franco A. Seguridad Social y Salud en Colombia. Estado de la Reforma. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999 Dec 9.



3

***PRINCIPIOS
LEGALES, ÉTICOS
Y FILOSÓFICOS***

3 PRINCIPIOS LEGALES, ÉTICOS Y FILOSÓFICOS DEL DESARROLLO TECNOLÓGICO Y CIENTÍFICO EN EL CAMPO DE LA SALUD PÚBLICA Y LAS POLÍTICAS SANITARIAS

3.1 LOS PRINCIPIOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

La investigación en políticas y sistemas de salud no puede prescindir de aquellos principios éticos aplicables a la investigación en general.

Siempre en las discusiones aparece como correcto: el actuar haciendo el bien a los demás, el respeto hacia su libertad y el comportarse justamente con los otros; es decir, los principios de beneficencia, autonomía y justicia, principios percibidos como válidos y vigentes en el conjunto de la vida social y que además se muestran como eficaces y correctos para las tomas de decisiones en el campo relacionado con los seres humanos.

El principio de Beneficencia insta a poner el máximo empeño en atender al paciente y hacer cuanto pueda para mejorar su salud. Aunque se aplica primariamente al paciente, también abarca todas las actuaciones que contribuyan a garantizarle una óptima atención.

El principio de autonomía se basa en la convicción de que el ser humano debe ser libre de todo control exterior y ser respetado en sus decisiones vitales básicas. Es un principio profundamente enraizado en el conjunto de la cultura occidental, aunque ha tardado en tener repercusión en el ámbito médico. Significa el reconocimiento de que el ser humano es un sujeto y no un objeto. Significa, así mismo, que el individuo debe ser correctamente informado de su situación y de los posibles resultados que se obtendrán de la intervención, en nuestro caso desde la investigación. En este mismo sentido, significa que deben respetarse las decisiones que tome la persona, después de una adecuada informa-

ción, cuyo máximo reconocimiento se materializa en el consentimiento informado.

El principio de justicia asegura que los beneficios sanitarios estén a disposición de toda la comunidad.

Inmersa dentro de estos principios está la honestidad, que asegura que se está actuando con plena conciencia y con la única intención de hacer el bien y poner todos los conocimientos y herramientas disponibles al logro del objetivo.

Observar los cuatro principios anteriores nos lleva a alcanzar la eficiencia, objetivo final de los servicios de salud.

3.2 LA ETICA EN LA INVESTIGACION EN SALUD PÚBLICA

Alrededor de la investigación en salud en general, y en salud pública en particular, se han tenido múltiples discusiones que han llevado a establecer parámetros y normas que permitan llevar a cabo estas investigaciones buscando el mayor beneficio para el ser humano, sin detrimento de su condición.

Se ha discutido hasta qué punto los principios éticos son considerados universales o relativos de cada cultura. Como lo plantea el CIOMS, "el desafío para la ética de la investigación internacional es aplicar principios éticos universales a la investigación biomédica en un mundo multicultural, con una multiplicidad de sistemas de salud y una variación considerable en los estándares de atención de salud. Las Pautas consideran que la investigación en seres humanos no debe violar ningún estándar ético universalmente aplicable, pero reconocen que, en aspectos no sustantivos, la aplicación de los principios

éticos -v.gr. en relación con la autonomía individual y con el consentimiento informado debe tomar en cuenta los valores culturales y, al mismo tiempo, respetar absolutamente los estándares éticos”.

El Foro Global para Investigación en Salud, ha hecho las siguientes consideraciones:

- Antes de llevar a cabo un estudio, debe haber un acuerdo explícito entre las partes sobre los beneficios compartidos.
- Las instituciones que subvencionan investigaciones deben asignar los recursos previos con relación a sus intereses en el proyecto de investigación y su motivación para apoyarlo, mientras los países beneficiados deben conocer qué es lo que va a ocurrir cuando se termine el proceso.
- Las comunidades que son objeto de las investigaciones también deben estar involucradas en los procesos de toma de decisiones políticas, lo cual debe hacerse de tal manera que se asegure su transparencia.

Aunque las condiciones particulares de algunos países requieren de investigadores externos y que las instituciones que subvencionan las investigaciones negocien con los gobiernos, se reconoció en este Foro que en algunos casos el gobierno no representa la comunidad y que es necesario darse cuenta de las obligaciones con la comunidad. En este sentido, aún quedan puntos por definir, particularmente en los casos cuando la comunidad no tiene estructuras organizadas.

Otro punto tiene que ver con el amplio contexto en el cual son conducidas las investigaciones, lo cual pone de presente las disparidades estructurales, que son parte de la realidad dentro de la cual toma lugar la investigación. Hubo muchas consideraciones al respecto, señalando que de acuerdo con los estándares del CIOMS la meta específica de las investigaciones debe ser dar respuesta a las necesidades en salud y las prioridades de país. A este respecto, se destacan tres consideraciones:

- Compartir los beneficios no implica solo hacer disponibles los productos de la investigación en el país anfitrión después de terminar la investigación, sino también contribuir a mejorar las condiciones de la pobla-

ción estudiada o del país en el cual se llevó a cabo la investigación.

- Los expertos expresaron su preocupación con respecto a los desbalances en el poder. Se reconoce que la negociación entre quienes realizan la investigación refleja el relativo balance de poder, pero no hubo un claro consenso sobre cómo se debe manejar esta situación.
- Una de las responsabilidades de los gobiernos es proveer atención en salud, y el papel de los investigadores es cuestionar las prioridades respaldadas con los recursos. Por ejemplo, una pregunta podría ser si es ético o no ignorar el contexto político y social en el cual se está llevando a cabo la investigación. Otra pregunta podría ser si los investigadores y los patrocinadores deberían negociar con el gobierno sobre compartir los beneficios, mientras son plenamente conscientes que estos beneficios no llegan a las comunidades.

De otro lado, el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y la Organización Mundial de la Salud, han definido las *Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos*, tomando como fundamento los parámetros establecidos en la Declaración de Helsinki, formulada por la Asociación Médica Mundial en 1964, que se ha constituido en el documento internacional fundamental en el campo de la ética de la investigación biomédica y varios de cuyos principios son aplicables a la investigación en salud pública..

Se han discutido ampliamente situaciones como las siguientes:

- Los derechos humanos de los sujetos de investigación, así como los derechos humanos de los profesionales de la salud en tanto investigadores en una variedad de contextos socioculturales
- La contribución que los instrumentos internacionales de derechos humanos puedan hacer para la aplicación de los principios éticos generales a la investigación en seres humanos.
- El respeto por la autonomía y la protección de las personas y poblaciones

- La ética de la investigación genética
- La investigación en productos de la concepción (embriones y fetos, y tejidos fetales)

Además de los anteriores se han discutido muchos otros temas que han permitido al Consejo definir las pautas que deben regir todos los procesos de investigación con seres humanos. Entre ellos:

- Toda investigación en seres humanos debiera realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. El respeto por las personas incluye el respeto por la autonomía (capacidad de decidir y respetar esa decisión) y la protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada (brindar seguridad contra daño o abuso a las personas vulnerables).
- Los patrocinadores de una investigación o los investigadores mismos, no pueden ser considerados responsables de las condiciones injustas del lugar en que se realiza la investigación, pero deben abstenerse de prácticas que podrían aumentar la injusticia o contribuir a nuevas desigualdades. Tampoco debieran sacar provecho de la relativa incapacidad de los países de bajos recursos o de las poblaciones vulnerables para proteger sus propios intereses, realizando una investigación de bajo costo y evitando los complejos sistemas de regulación de los países industrializados con el propósito de desarrollar productos para los mercados de aquellos países.
- En general, el proyecto de investigación debiera dejar a los países o comunidades de bajos recursos mejor de lo que estaban o, por lo menos, no peor. Debiera responder a sus necesidades y prioridades de salud, de modo que cualquier producto que se desarrolle quede razonablemente a su alcance y, tanto como sea posible, dejar a la población en mejor posición para obtener atención de salud efectiva y proteger su salud.
- La investigación debe responder a las condiciones de salud o a las necesidades de las personas vulnerables.
- Debe distinguirse la investigación biomédica en sujetos humanos de la práctica de la me-

dicina, la salud pública u otras formas de atención de salud, que están diseñadas para contribuir directamente a la salud de los individuos o comunidades.

El Consejo establece las pautas que deben tenerse en cuenta en este proceso:

1. Justificación ética y validez científica de la investigación biomédica en seres humanos. La investigación se justifica si su fin es descubrir nuevas formas de beneficiar las personas, y es ética si se realiza de manera tal que respete y proteja a los sujetos involucrados en esa investigación.
2. Todas las propuestas para realizar investigación en seres humanos deben ser sometidas a uno o más comités de evaluación científica y de evaluación ética para examinar su mérito científico y aceptabilidad ética
3. Evaluación ética de la investigación patrocinada externamente. La organización patrocinadora externa y los investigadores individuales debieran someter el protocolo de investigación para la evaluación ética y científica en el país de la organización patrocinadora.
4. Consentimiento informado individual. En toda investigación biomédica realizada en seres humanos, el investigador debe obtener el consentimiento informado voluntario del potencial sujeto o, en el caso de un individuo incapaz de dar su consentimiento informado, la autorización de un representante legalmente calificado de acuerdo con el ordenamiento jurídico aplicable. La omisión del consentimiento informado debe considerarse inusual y excepcional y, en todos los casos, debe aprobarse por un comité de evaluación ética.
5. Obtención del consentimiento informado: Información esencial para potenciales sujetos de investigación.
6. Obtención de consentimiento informado: Obligaciones de patrocinadores e investigadores
7. Incentivos para participar en una investigación

8. Beneficios y riesgos de participar en un estudio: en toda investigación biomédica en sujetos humanos, el investigador debe garantizar que los beneficios potenciales y los riesgos estén razonablemente balanceados y que los riesgos hayan sido minimizados.
9. Limitaciones especiales del riesgo cuando se investiga en individuos incapaces de dar consentimiento informado Si existe una justificación ética y científica para realizar una investigación con individuos incapaces de dar consentimiento informado, el riesgo de intervenciones propias de la investigación que no proporcionen la posibilidad de beneficio directo para el sujeto individual no debe ser mayor que el riesgo asociado a un examen médico o psicológico de rutina de tales personas. Puede permitirse incrementos leves o menores por encima de tal riesgo cuando exista una fundamentación científica o médica superior para tales incrementos y cuando un comité de evaluación ética los haya aprobado.
10. Investigación en poblaciones y comunidades con recursos limitados Antes de realizar una investigación en una población o comunidad con recursos limitados, el patrocinador y el investigador deben hacer todos los esfuerzos para garantizar que:
 - la investigación responde a las necesidades de salud y prioridades de la población o comunidad en que se realizará; y
 - cualquier intervención o producto desarrollado, o conocimiento generado, estará disponible razonablemente para beneficio de aquella población o comunidad.
11. Elección del control en ensayos clínicos Por regla general, los sujetos de investigación en el grupo control de un ensayo de diagnóstico, terapia o prevención, debieran recibir una intervención de efectividad comprobada. En algunas circunstancias, puede ser éticamente aceptable usar un control alternativo, tal como placebo o "ausencia de tratamiento".
12. Distribución equitativa de cargas y beneficios en la selección de grupos de sujetos en la investigación. Los grupos o comunidades invitados a participar en una investigación debieran ser seleccionados de tal forma que las cargas y beneficios del estudio se distribuyan equitativamente. Debe justificarse la exclusión de grupos o comunidades que pudieran beneficiarse al participar en el estudio.
13. Investigación en que participan personas vulnerables Se requiere una justificación especial para invitar a individuos vulnerables a participar como sujetos de investigación. En el caso de ser seleccionados, los medios para proteger sus derechos y bienestar deben ser aplicados estrictamente.
14. Investigación en que participan niños. Antes de realizar una investigación en la que participarán niños, el investigador debe garantizar que:
 - la investigación no podría ser igualmente bien realizada con adultos;
 - el propósito de la investigación es obtener conocimiento relevante sobre las necesidades de salud de los niños;
 - el padre, madre o representante legal de cada niño ha autorizado su participación;
 - el acuerdo (asentimiento) de cada niño se ha obtenido teniendo en cuenta sus capacidades; y
 - la negativa de un niño a participar o continuar en la investigación
15. Investigación en que participan individuos cuyos trastornos mentales o conductuales los incapacitan para dar adecuadamente consentimiento informado. Antes de iniciar una investigación en individuos que por padecer trastornos mentales o conductuales son incapaces de dar adecuadamente consentimiento informado, el investigador debe garantizar que:
 - tales personas no serán sujetos de una investigación que pueda ser igualmente bien realizada en personas cuya capacidad de dar consentimiento informado en forma adecuada no se encuentre menoscabada;
 - el propósito de la investigación sea obtener un conocimiento relevante para

- las necesidades particulares de salud de personas con trastornos mentales o conductuales; se haya obtenido el consentimiento de cada sujeto de acuerdo con sus capacidades, y se haya respetado siempre la eventual negativa del potencial sujeto a participar en la investigación, a menos que, en circunstancias excepcionales, no hubiese alternativa médica razonable y la legislación local permitiese invalidar la objeción; y
- en aquellos casos en que los potenciales sujetos carezcan de la capacidad de consentir, se obtenga la autorización de un miembro responsable de la familia o de un representante legalmente autorizado de acuerdo con la legislación aplicable.
16. Las mujeres como sujetos de investigación. Los investigadores, patrocinadores o comités de evaluación ética no debieran excluir de la investigación biomédica a mujeres en edad reproductiva. La posibilidad de embarazarse durante el estudio no debiera, por sí misma, ser utilizada como razón para excluir o limitar su participación. Sin embargo, la discusión en profundidad sobre los riesgos para la mujer embarazada y el feto es prerequisite para que una mujer pueda tomar una decisión racional sobre su participación en un estudio clínico. En esta discusión, si la participación en la investigación pudiera ser riesgosa para un feto o una mujer si quedara ésta embarazada, los investigadores/ patrocinadores debieran garantizar a la potencial sujeto una prueba de embarazo y acceso a métodos anticonceptivos efectivos antes de iniciar la investigación. Si por razones legales o religiosas tal acceso no es posible, los investigadores no debieran reclutar para tales investigaciones potencialmente riesgosas a mujeres que pudiesen embarazarse.
 17. Mujeres embarazadas como sujetos de investigación. Debiera entenderse que las mujeres embarazadas pueden participar en investigación biomédica. Los investigadores y comités de evaluación ética debieran garantizar que las potenciales sujetos embarazadas serán informadas adecuadamente de los riesgos y beneficios para ellas, sus embarazos, el feto, sus descendientes y su fecundidad.
 18. Protección de la confidencialidad. El investigador debe establecer protecciones seguras de la confidencialidad de los datos de investigación de los sujetos. Se debe informar a los sujetos de las limitaciones, legales o de otra índole, en la capacidad del investigador para proteger la confidencialidad de los datos y las posibles consecuencias de su quebrantamiento.
 19. Derecho a tratamiento y compensación de sujetos perjudicados. Los investigadores debieran garantizar que los sujetos de investigación que sufran algún perjuicio como resultado de su participación en una investigación tengan derecho a tratamiento médico gratuito por tal perjuicio y a apoyo económico o de otro tipo que pueda compensarlos equitativamente por cualquier menoscabo, discapacidad o minusvalía resultante. En caso de muerte como resultado de su participación, sus dependientes tienen derecho a compensación. No debe pedirse a los sujetos renunciar al derecho a compensación.
 20. Fortalecimiento de la capacidad de evaluación ética y científica y de la investigación biomédica. Muchos países carecen de capacidad para evaluar o garantizar la calidad científica o la aceptabilidad ética de la investigación biomédica propuesta o realizada en sus jurisdicciones. En la investigación colaborativa patrocinada desde el exterior, los patrocinadores e investigadores tienen la obligación ética de garantizar que los proyectos de investigación biomédica de los cuales son responsables en tales países contribuyan efectivamente a la capacidad nacional o local para diseñar y realizar investigación biomédica, efectuar evaluación ética y científica y supervisar la investigación.
 21. Obligación ética de los patrocinadores externos de proporcionar servicios para la atención de salud. Los patrocinadores externos tienen la obligación de garantizar la disponibilidad de:

- servicios para la atención de salud esenciales para la segura conducción de la investigación;
- tratamiento para los sujetos que sufran daño como consecuencia de las intervenciones en estudio; y - servicios que sean parte necesaria del compromiso del patrocinador de realizar una intervención beneficiosa o poner razonablemente a disposición de la población o comunidad participante del proyecto el producto beneficioso desarrollado como resultado de la investigación.

En Colombia, Consejo del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud se creó con varias funciones, entre ellas regular la gestión del conocimiento en salud y específicamente:

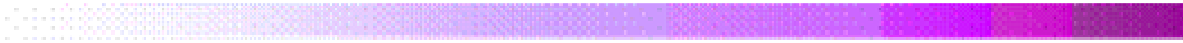
1. Aprobar las políticas de investigación, fomento, información, comunicación, capacitación, regionalización, promoción y financiación del Programa, dentro de las directrices fijadas por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
2. Orientar, previo un amplio proceso de consulta a nivel regional y nacional la elaboración de los planes de Programa y aprobarlos.
3. Promover la consecución de recursos públicos y privados para el Programa y asignarlos entre los distintos proyectos de investigación, transferencia, apropiación y demás actividades, previo estudio evaluativo de su calidad adelantado por la Secretaría Técnica y Administrativa del Programa.
4. Integrar comités científicos asesores del Programa, Comités Regionales del Programa y otros que considere conveniente.

Igualmente, para garantizar la pertinencia de las investigaciones que se van a subvencionar, se definen los criterios que se tendrán en cuenta, como reza el artículo quinto del acuerdo No. 3 de 2004:

Artículo 5: Dentro el proceso de evaluación y selección de proyectos a ser financiados, los Consejeros tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- Calidad de la propuesta: en términos de coherencia interna, experiencia y formación del grupo investigador, determinada por el promedio de la puntuación asignada por los pares evaluadores. Este criterio tendrá un peso porcentual en la decisión y no será vinculante para el Consejo en el momento de asignar los recursos
- Pertinencia: expresada en la solución efectiva de problemas prioritarios de salud de los niveles local, departamental o nacional definidos en los términos de referencia de la convocatoria y la política del Consejo.
- Priorización: El Consejo del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud, priorizará los proyectos de acuerdo con el escalafonamiento derivado de la evaluación por pares, el cumplimiento de los términos de referencia de la convocatoria, la relación directa con los temas de la convocatoria y la disponibilidad de recursos.

Teniendo en cuenta los anteriores planteamientos es posible garantizar un proceso investigativo claro, ético, que realmente responda a las necesidades de la población, y cuyos resultados sean la base sobre la cual se puedan definir políticas públicas.



4

**LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS
PARA EL DESARROLLO TECNOLÓGICO
Y CIENTÍFICO EN EL CAMPO DE LA SALUD PÚBLICA Y LAS POLÍTICAS SANITARIAS**

4 LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS PARA EL DESARROLLO TECNOLÓGICO Y CIENTÍFICO EN EL CAMPO DE LA SALUD PÚBLICA Y LAS POLÍTICAS SANITARIAS

4.1 EL PROBLEMA

La gestión del conocimiento debe entenderse como un proceso de producción. Desde una perspectiva sistémica dicho proceso implica transformar la experiencia humana en conocimiento útil, mediante un proceso de trabajo que ocurre en un contexto de relaciones sociales.

En cuanto proceso de trabajo, la naturaleza y los resultados de la gestión del conocimiento dependen en gran parte del recurso humano involucrado en su gestión. El trabajo científico consiste entonces en realizar este proceso de transformación de conformidad con los principios y reglas de producción aceptadas por la ciencia.

La discusión deriva inicialmente a los requerimientos de tipo metodológico que han caracterizado y diferenciado la actividad científica de otros procesos de gestión del conocimiento. La ciencia solo acepta la legitimidad y validez de conocimientos que se han generado de conformidad con los principios reconocidos por cada una de las disciplinas. De lo anterior se desprende que la gestión del conocimiento científico demanda la disponibilidad en cantidad y calidad de un recurso humano competente para investigar aplicando correctamente los métodos y ajustándose al rigor del pensamiento científico.

Un análisis más profundo pone en evidencia que la competencia del recurso humano en la aplicación del método científico no basta para garantizar la gestión óptima del conocimiento y que existen otros factores de éxito inherentes a la producción de conocimiento útil, entre ellos(26):

1. La capacidad social para administrar el conocimiento. Esta condición se refiere a la capacidad del país para vincular a las personas en la identificación de problemas, circulación de la información disponible, uti-

lización de las tecnologías de información y comunicaciones, interpretación de datos y aplicación de conocimientos a su situación local y para disponer los recursos tecnológicos que garanticen su producción, difusión y utilización.

2. La creación de la demanda de información por parte de los tomadores de decisiones. Implica generar en la población y especialmente entre quienes participan en la gestión de políticas, el respeto por el conocimiento y la necesidad de buscarlo y utilizarlo como fundamento para las decisiones.
3. La construcción de redes que optimicen la gestión del conocimiento generando, compartiendo, difundiendo y valorando el conocimiento desde sus propias realidades sociales. La difusión del conocimiento disponible entre un país y otro, un grupo y otro y un investigador y otro, constituye uno de los mecanismos más elementales y al mismo tiempo más importantes para optimizar la gestión del conocimiento.
4. Desarrollando las habilidades para administrar el conocimiento desde la infancia y especialmente entre los grupos humanos más vulnerables y tradicionalmente excluidos. Esta recomendación implica fortalecer los recursos sociales, estatales y del sector privado, hacia la educación de la población y redimensionar los procesos de formación desde la escuela primaria hasta los postgrados.

Los organismos internacionales han llamado la atención sobre el escaso desarrollo de los países no industrializados en materia de gestión del conocimiento, una situación que es especialmente crítica en materia de salud (26;46) y una de cuyas manifestaciones es la brecha 10/90.(124)

Entre 1999 y 2003 la Alianza para Investigación en Políticas y Sistemas de Salud encontró en el mundo un marcado desbalance en relación con

los recursos humanos destinados a la gestión del conocimiento. (124)

CAPACIDAD PARA GESTION DEL CONOCIMIENTO EN SISTEMAS DE SALUD POR GRUPOS DE PAISES

1999 to 2003

	Tipo de país			
	Promedio	Bajos ingresos	Ingreso Medio	Ingreso alto
Contexto Nacional				
Investigadores por millón de habitantes	1.6	1.3	1.4	3.7
Financiación externa como porcentaje del gasto en salud	0.017%	0.033%	0.007%	0.018%
Características institucionales				
Ningún o raro acceso a computadoras	8%	12%	6%	2%
Sin acceso a internet	4%	8%	13%	0%
Cantidad de financiación por proyecto por año	\$77,594	\$101,869	\$36,403	\$80,975
Financiación de proyectos por investigador por año	\$16,487	\$19,409	\$8,728	\$23,559
Proyectos en ejecución por institución	3.2	2.6	3.4	4.0
Financiación de proyectos por institución	\$248,118	\$267,995	\$122,859	\$329,661
Financiación anual de proyectos por institución	\$159,398	\$154,978	\$87,104	\$222,806
Masa crítica				
Investigadores por institución o unidad	9	8	10	9
Investigadores de tiempo completo	72%	80%	68%	65%
Investigadores con doctorado	24%	23%	26%	20%
Producción del conocimiento				
Duración de de proyectos (en meses)	15	16	14	17
Poyectos de menos de un año	56%	58%	59%	49%
Investigadores involucrados por proyecto	2.8	3.0	3.0	2.3

Sería injusto desconocer los esfuerzos y avances que en materia de Ciencia y Tecnología, han registrado los países de América Latina y el Caribe durante las últimas décadas. Habría que enumerar el fortalecimiento de Agendas Departamentales de Ciencia y Tecnología, los fondos y préstamos internacionales para estimular la investigación; el florecer de algunas comunidades académicas y numerosos grupos que practican los cánones de la excelencia; los programas de formación de jóvenes investigadores; las redes y programas de cooperación internacional y la valoración creciente que el sector productivo parecería hacer de las actividades de Investigación y desarrollo.

El atraso de la investigación científica y tecnológica en América Latina y el Caribe responde a por una parte a la escasez de estudios sobre la ciencia de la región, la escasa legitimidad social de la ciencia, la integración insuficiente de las

comunidades científicas y las limitaciones de tipo institucional.

La debilidad en lo que respecta a la legitimidad social de la ciencia tiene en América Latina una larga historia ligada a la gestión que las élites económicas y políticas han hecho del conocimiento; a la falta de un adecuado sistema de "inteligencia social, en el ya citado sentido de habilidad organizada de un país para adaptarse a un mundo que cambia rápidamente, combinando la adquisición, evaluación y uso de información, con actividades y operaciones planeadas en consecuencia"; al escaso interés del sector productivo por desarrollar una ciencia y una tecnología autóctonas; y al abandono de la educación popular y de las universidades por parte de los gobiernos de turno.

En este sentido, el principio nodal de una educación para la alta inteligencia tiene que ver con la pre-formación del espíritu científico, el educar

para la ciencia y la tecnología a los alumnos de pregrado y postgrado, el formar los investigadores científicos y tecnológicos, el hacer investigación científica y tecnológica y el preparar las elites nacionales para administrar el interés público en genuino interés público.(136)

La formación de recursos humanos para la investigación y la reciprocidad de investigadores en salud, cuyo objetivo último, es el desarrollo de la ciencia y la producción científica en salud como instrumento de avance en lo social y en lo económico, ha atravesado en Latinoamérica y el Caribe por varios problemas comunes y compartidos por las instituciones que manejan la temática de Ciencia y Tecnología en los países de la región(137)

De una manera resumida se expone la situación actual y los problemas que exige de los países mayor atención a tan importante tema, necesario para el impulso de la salud pública.

1. La formación de recursos humanos para la investigación científica en salud en los países de Latinoamérica y el Caribe (LAC) se ha efectuado principalmente a través de programas de becas para doctorados en el exterior costeados en una gran mayoría por el sector público, a través de los Organismos de Ciencia y Tecnología (ONCyTs) y del sector académico.(137)

Muchos de estos programas de becas han tenido financiamiento estatal con ingresos nacionales y, últimamente, con préstamos del BID y el Banco Mundial, entidades financieras internacionales para el desarrollo; del mismo modo, las becas se han encaminado a la formación de talentos en Centros de excelencia de los países desarrollados, como Estados Unidos, Inglaterra y Francia.

En este apartado, es importante tener en cuenta que esta forma de obtención de becas en el exterior con recursos públicos, muestra una reducción significativa en los países de LAC, toda vez que se están financiando los doctorados a través de créditos educativos, en los que las responsabilidades se crean es con los beneficiarios de dicho crédito, y no con las entidades o instituciones académicas o científicas que hacia el futuro acogerían al investigador y así asegurar su regreso al país de origen. Al

contrario, con esta modalidad de préstamo directo, se ha estimulado que los investigadores busquen trabajo en sus instituciones educativas para costear la deuda contraída, hecho que retarda la incorporación del investigador al trabajo en su país y facilita a su vez que, estos talentos emigren hacia los países desarrollados.

2. La información sobre oferta disponible de programas para la formación de investigadores en salud en instituciones de Latinoamérica y el Caribe, ha mejorado gracias a la informática y tecnologías de la comunicación, sin embargo, persiste la dispersión de la información lo que lleva a exigir mayor tiempo en la búsqueda; este aspecto, guarda una gran distancia, en comparación con la calidad y cantidad de la información en línea que ofrecen los centros académicos y de investigación de los países desarrollados, en el sentido de que existe articulación de las bases de datos y dan una buena información sobre niveles de formación especificando áreas y especialidades para los investigadores. Lo anterior se constituye en LAC en una limitante para lograr intercambios y colaboración entre instituciones formadoras, recursos de infraestructura y dificultades para acceder a información científica disponible hasta en el propio país o en otros países de la región¹
3. Brasil y México son los dos países de LAC con mayor número de programas doctorales en varias disciplinas de la Salud Pública, acogen aspirantes a doctorado extranjeros de otros países de América Latina, algunos becados. Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Perú, Uruguay y Venezuela tienen un número reducido de programas de doctorados en salud, principalmente en las áreas biomédicas, que atienden candidatos del propio país.²

1 Conclusión de las entrevistas realizadas a los responsables de Recursos Humanos de los ONCyT's de Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Chile, Guatemala, México y Perú. Citado por DE LOS RIOS, Rebecca, Op. cit., p.6.

2 Información brindada y conclusiones de los participantes al Grupo de Trabajo convocado por la OPS sobre la investigación en salud en los Programas de Postgrado, Octubre 1999. Citado por DE LOS RIOS, Rebecca, Op. cit., p.5.

4. A pesar de que en Latinoamérica en la década de los 90s, se gestó una importante creación de programas de formación de recursos humanos para la investigación en salud en el nivel de doctorado; esta formación se basó en la propia autosuficiencia de las instituciones, sin tener en cuenta talento científico disponible en el mismo país o en otros países de LAC, e incluso se aprovecharon las relaciones e intercambios que tenían los investigadores formados en los países desarrollados³.

Según De los Ríos, a través del Documento Cooperación Técnica de la OPS para la formación e intercambio de investigadores en América Latina y el Caribe, “esta situación ha dado lugar a un número importante de programas doctorales en los países de la región que, teniendo los mismos objetivos de formación de investigadores en las mismas áreas científicas, tienen una relativa o escasa interconexión e intercambio entre ellos” (137)

5. Como conclusión, es preciso mencionar que de acuerdo a la OPS Y LA OMS, no se cuenta con plataformas ni espacios regionales, subregionales ni nacionales que posibiliten la articulación y faciliten la formación de recursos humanos para la investigación en salud en LAC, con el fin de lograr el intercambio entre los investigadores y de un mejor aprovechamiento de la infraestructura tecnológica de la región en beneficio de todos.

El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó la iniciativa de fortalecer la salud pública en las Américas, con el fin de mejorar el ejercicio de la salud pública

3Un estudio sobre doctorados seleccionados en bioquímica y biología molecular en países de América Latina; hace mención a este fenómeno: “Evaluación de programas de doctorado en ciencias básicas en América Latina: Diagnóstico de la situación actual de una muestra de 18 programas de doctorado, énfasis en bioquímica y biología molecular”. RELAB, MERCOCYT/OEA, COLCIENCIAS. Mimeo, 1999. Citado por DE LOS RÍOS, Rebecca, Op. cit., p.5.

blica y fortalecer el liderazgo de las autoridades sanitarias en todos los niveles del Estado, a partir de la definición y medición de las funciones esenciales de la salud pública.(138)

En este contexto, las autoridades nacionales en salud de 41 países, incluida Colombia, llevaron a cabo el ejercicio de medición del desempeño de las FESP mediante la aplicación del instrumento diseñado para tal fin.

Con base en los resultados obtenidos, se formularon planes de mejoramiento de la salud pública tendientes a:

- La formación y desarrollo de recursos humanos a través de la articulación de los centros de capacitación de recursos humanos para fortalecer la educación continua y para adaptar los programas de educación superior y de postgrados que perfilen a los profesionales de la salud para el adecuado desempeño de las Funciones en Salud Pública y el mejoramiento de la gestión de los recursos humanos mediante la promoción de la descentralización de competencias, la investigación y producción de Ciencia y Tecnología.
- El apoyo a la investigación en salud pública mediante la formulación de una agenda de investigación que articule los esfuerzos de las diferentes instituciones y actores y el estímulo a la investigación esencial, etnográfica, cultural, cuantitativa y epidemiológica.

La formación de capital humano constituye el vínculo central entre ciencia y desarrollo. Con una formación de alto nivel y de calidad, se logra producir y socializar el conocimiento, generando ventajas permanentes para un crecimiento autosostenido y equitativo en el largo plazo.

Los recursos humanos, apoyados sobre una sólida infraestructura de instituciones y activamente conectados con la sociedad nacional, constituyen el denominado capital social de la investigación y del desarrollo científico y tecnológico. La formación de recursos humanos no es suficiente para promover el conocimiento, la investigación y el desarrollo; se requiere de bases institucionales capaces de albergar esfuerzos de largo aliento y estas instituciones solo tienen vida real cuando interactúan de modo

sustantivo con otros sectores y actores dentro de la sociedad.

El rango característico de la ciencia y la tecnología contemporáneas es la presencia colectiva de un número cada vez mayor de individuos, afiliados a instituciones del conocimiento como universidades, centros de investigación y redes de conocimiento. La estabilidad de este proceso en el largo plazo esta garantizada por la capacidad de reproducción, consolidación y ampliación de la comunidad científica, y es aquí donde la preparación de investigadores juega un gran papel.

Antes que del científico aislado o de la institución formal, el avance del conocimiento depende sobre todo de los “grupos de investigación” entendidos como el conjunto de investigadores, adscritos a la planta de una o de varias entidades, comprometidos con uno o varios temas de investigación en los cuales han demostrado capacidad de producir resultados a través de publicaciones, obtención de patentes o comercialización de los productos de investigación. Para su permanencia en el tiempo, los grupos dependen de su capacidad de ampliación y reproducción.

Para cumplir con las condiciones anteriores, es necesario que las comunidades científicas y los grupos de investigación estén efectivamente vinculados con los programas de formación de maestrías y doctorados, con el entrenamiento de nuevos investigadores y con la búsqueda de jóvenes talentos.(136)

4.2 FORMACION DEL RECURSO HUMANO EN INVESTIGACION

4.2.1 Problemas relacionados con el proceso formativo

Producción intelectual

La ausencia de generación de conocimiento en la universidad colombiana es preocupante. Salvo muy contadas excepciones, la investigación en salud está poco desarrollada. Una universidad cuyos profesionales no investigan difícilmente se preocupa de forma positiva por fortalecer la docencia y se dedica de manera poco crítica a la transmisión de un conocimiento que le es ajeno. La poca investigación que se hace ignora algunos aspectos fundamentales del entorno de la atención en salud en Colombia.

La investigación no se ha arraigado en la cultura nacional. Los intentos por hacer ciencia han nacido siempre de esfuerzos individuales, impulsados por profesionales formados en el extranjero que han logrado ver el panorama de esterilidad intelectual que, paradójicamente, convierten en una oportunidad que saben aprovechar.

La escasa cultura investigativa se refleja en todos los niveles. De las altas esferas del poder se deriva la ínfima proporción del PIB público y privado que se destina a la ciencia y la tecnología, que se ha estimado en un 0,41% del PIB (De Francisco & Currat, 2001), la ausencia de una política global para formación en investigación, y la escasa divulgación de políticas de investigativas, cuando las hay. Las instituciones formadoras, también por tradición y en todos los niveles, no promueven el pensamiento crítico de sus educandos.

Por lo general, la investigación es percibida como algo distante y ajeno, inalcanzable para el común de la gente y restringido a una élite. Para el colombiano promedio, la investigación se relaciona con altos costos y laboratorios especializados, al tiempo que mantiene poca relación

con los problemas del diario vivir. A esta percepción errada, se agrega la idiosincrasia individualista del colombiano que dificulta la formación de equipos de investigación y el aislamiento cultural, constituyéndose en barreras de acceso a la información, que se manifiesta finalmente en la ausencia de generación del conocimiento.

En un país en desarrollo como Colombia es necesario fortalecer en particular, la investigación formativa, la investigación-acción, la investigación sobre temas educativos y la investigación en servicios de salud; todas ellas son esenciales para crear conciencia y darle direccionamiento a la red de servicios de atención en salud.

Aunque han existido recursos para hacer investigación en nuestro país, estos han sido escasos y mal utilizados; a excepción de Colciencias, las entidades oficiales que financian investigación no suelen asignar sus recursos de una manera transparente. La mayor parte de la investigación que se hace en el país es de baja calidad y se considera poco pertinente. Sus resultados tienen escasa divulgación y, más grave aún, no se utilizan para dirigir políticas.

Durante las últimas tres décadas, sin embargo, se han producido algunos cambios significativos que mejoran el panorama de la ciencia en Colombia. En primer lugar, es necesario destacar el papel que ha jugado Colciencias, a pesar de los altibajos presupuestales que han impedido la continuidad de la mayor parte de sus programas, imprimiéndole coherencia al desarrollo científico y tecnológico del país. Igualmente se han logrado fortalecer algunos centros privados de investigación y, varias universidades han adoptado políticas efectivas de desarrollo de la ciencia. Estos y otros factores han permitido el surgimiento de una masa crítica de investigadores, reunidos en una docena de grupos y centros de investigación competitivos en el panorama internacional. El año 2002 se cerró con un balance promisorio no sólo por el crecimiento numérico de los grupos y centros de investigación reconocidos por Colciencias, sino por los nuevos recursos financieros derivados de las loterías y juegos de azar(139)

Aunque puede haber algo de optimismo con estos cambios, también hay que ser conscientes del largo camino que queda aún por recorrer. Para el caso de concreto de las instituciones

formadoras en salud, éstas tienen a su cargo la responsabilidad de fomentar en los profesionales y técnicos el pensamiento crítico, que es el primer paso no sólo para el desarrollo posterior de la productividad científica sino para convertirse en consumidores informados de la ciencia, nacional o foránea. Sólo así los futuros gobernantes y tomadores de decisiones, verán la importancia de la investigación y su aplicabilidad en el proceso decisorio. Cada una de los elementos del sector educativo debe también diseñar una política propia de incentivos para favorecer la producción intelectual tanto de docentes como de estudiantes.

4.2.2 Procesos educativos y pedagógicos

Existen niveles bajos de calidad en los métodos pedagógicos de muchos programas de formación y pocos mecanismos para vigilarla y controlarla. En líneas generales, y con algunas excepciones, los currículos no están actualizados, los contenidos no son pertinentes, las tecnologías docentes no son óptimas y los sistemas de evaluación, no se orientan a valorar las competencias, ni son válidos y fiables.

El viejo paradigma que consideraba la educación como un proceso en el que un profesor vertía conocimientos sobre las mentes vacías y ávidas de los estudiantes ha cambiado totalmente. La investigación básica y la aplicada en el ámbito de la educación superior permite comprender que el conocimiento es algo que se construye en la mente de cada persona y que los factores individuales son decisivos para el éxito. El profesor debe asumir el rol de facilitador para ser coherente con estos principios; por ende, cualquier planteamiento sobre la calidad del proceso debe ser entendido bajo este nuevo paradigma.

Esta nueva forma de entender el proceso enseñanza-aprendizaje implica grandes cambios en los métodos pedagógicos utilizados y también en los instrumentos de evaluación que se requieren. Las metodologías se orientan cada vez más a responsabilizar al estudiante de su propio proceso, forzándolo a que tome decisiones pertinentes para conseguir el mayor nivel de aprendizaje; de manera paralela, los instrumentos evaluativos pretenden medir los aprendizajes y

mejoras en situaciones que se asemejen al máximo, con la realidad.

La historia muestra que a los colombianos se nos dificulta el trabajo en equipo y llevar a cabo decisiones consensuadas; pero esta es la ocasión de liderar, desde la confluencia de los dos sectores sociales más importantes, la educación y la salud, una serie de cambios que no sólo sirvan de ejemplo para otros grupos y para otros proyectos, sino que lleven además a mejorar la salud y por consiguiente la calidad de vida de todos los colombianos.

La investigación en salud y el desarrollo de los servicios de salud, los procesos sociales de transición demográfica, epidemiológica y reforma de la seguridad social en salud, traen consigo la imperiosa necesidad de reevaluar la respuesta social a los retos presentados por las nuevas condiciones sociales y epidemiológicas y crear en el país la infraestructura capaz de acompañar los procesos con el fin de adaptar continuamente la respuesta social a las nuevas situaciones en el futuro.

La producción de conocimiento y su aplicación a las condiciones del país, constituyen la base de una estrategia a largo plazo tendiente a suministrar a la población colombiana servicios de salud adaptados a sus necesidades y de óptima calidad. Si la investigación en salud pública, y especialmente en sistemas de salud, constituyó en el pasado una necesidad no siempre comprendida, a partir de las nuevas reformas se ha convertido en un imperativo moral. Están en juego el destino de inmensos recursos nacionales y la expectativa de la población por una mejor salud(140).

4.2.3 El recurso humano en salud y su relación con la investigación

Una de las debilidades en la formación del recurso humano se relaciona con el sistema de financiación, puesto que el Estado es quién debe proveer la inversión social en salud, y de todos es conocida su limitante económica y que su política se direcciona hacia la administración y no a la inversión. Sin embargo, la formación del recurso humano en salud ha de corresponder de manera compartida al Estado y a las universidades, con el fin de profundizar en te-

mas específicos de salud, por consiguiente, esta formación deberá estar orientada a:

- La finalidad de los sistemas de salud (estrategias, planes, proyectos)
- La función de los sistemas de información (de qué manera se alcanzan los objetivos)
- La investigación (frente a las políticas y su planificación)

Como políticas podrían ser:

- Requerimientos de personal de acuerdo a las necesidades en salud
- Compromiso para el desarrollo del recurso humano, Sobre todo en el área investigativa
- Establecer programas de formación sistemática y sostenida para los administradores e investigadores
- Desarrollo de módulos de educación y formación en Ciencia y Tecnología
- Establecer contacto permanente entre instituciones e investigadores
- Fortalecimiento de la información y la labor investigativa en forma coordinada.

Es necesario pensar en la formación del recurso humano, adecuándolo a las necesidades de las comunidades y al cumplimiento de determinadas metas en salud, puesto que existe una amplia gama de obstáculos para la formación de este recurso; entre éstos están:

- Programas en salud que no cumplen con las expectativas de los requerimientos institucionales.
- Baja proporción de investigadores y de docentes con maestría y doctorados en las instituciones de educación superior, lo cual limita el acceso a redes académicas y científicas nacionales e internacionales.
- Escasa o nula interacción de centros de investigación con las instituciones de educación superior.
- Poca existencia de revistas científicas indexadas en el Sistema Nacional de Indexación de publicaciones científicas y tecnológicas.
- Se repiten con frecuencia líneas de investigación en las instituciones de educación superior, maestrías y doctorados, lo cual refleja la desarticulación entre las instituciones.
- Dificultades para acceder a recursos de financiación para proyectos de investigación.

- Dispersión de recurso físico y humano en las instituciones para el desarrollo de líneas de investigación.
- Hay escasa relación entre los centros de investigación y las instituciones de educación superior con el sector empresarial y productivo.
- Poca pertinencia de la investigación universitaria y baja participación de las instituciones de educación superior como productores de ideas innovadoras para el sector productivo.

Hoy día se acepta que la salud pública no puede limitarse a actuar sobre los determinantes de la salud a nivel individual, a través de intervenciones individuales y poblacionales, sino que debe comprometerse en influir para modificar los determinantes a nivel social; se ha evidenciado que no son las sociedades más ricas las que poseen mejores niveles de salud sino aquellas más igualitarias y que poseen alta cohesión social (Corin, 1994). Según Kamper-Jorgensen *et al.* (2004), la salud pública debe generar y sistematizar conocimientos acerca de la salud de la población, así como de los factores de riesgo que influyen en la salud pública, su distribución y la forma como la sociedad responde. Así, la salud pública estudia y evalúa las acciones encaminadas a preservar y mejorar la salud de la población, el significado de la estructura social, la vida laboral, el medio ambiente, los comportamientos humanos y el sistema de salud los cuales son el foco de su atención.

La investigación en sistemas, gestión y políticas de salud, como un componente de la salud pública, se ha venido desarrollando paulatinamente y sus aplicaciones prácticas se están documentando en circunstancias y situaciones de desarrollo diversas; al respecto los diferentes países tienen diferentes niveles de logro. Se han realizado reuniones de consenso en relación con políticas y prácticas en esta área, sin embargo, se necesita mayor articulación entre los procesos de investigación y sus productos en el marco de su utilización por parte de los niveles decisivos.

El Comité Asesor Global de Investigaciones en Salud, organismo asesor del OMS, publicó en 1998 un informe, el cual define que para establecer las prioridades de investigación en salud se tienen en cuenta que los problemas sean

significativos y globales, lo cual se puede determinar mediante las siguientes preguntas:

- Contribuyen de manera importante a la carga de enfermedad de una población?
- Es percibido como susceptible de ser superado?
- Representa un alto costo para los sistemas de salud?
- Puede transformarse en un riesgo importante para la salud y el bienestar general?
- Afecta poblaciones y regiones?
- Afecta pocas regiones pero potencialmente puede afectar otras?
- Puede ser resultado por una sola región?
- Está limitado a una región, pero los resultados de la investigación son generalizables a otras regiones? Exige un tipo de investigación capaz de asumir un alto valor paradigmático como por ejemplo, en términos metodológicos?

Adicionalmente y en el contexto de las actuales reformas de Salud, el National Information Center on Health Services Research and Health Care Technology (NICHSR, 2004) señala como líneas de investigación prioritarias las siguientes:

- Organización y financiación de los servicios de Salud
- Acceso a los servicios de Salud
- Comportamiento de los profesionales que prestan los servicios, de los pacientes y de los consumidores.
- Calidad de los servicios de Salud
- Evaluación clínica e impacto
- Informática y toma de decisiones clínicas
- Fuerza laboral de las profesiones de la salud

Recientemente la consulta regional de las Américas sobre Investigación en Salud para alcanzar los Objetivos del Milenio, realizada en México en mayo del 2004, en preparación de la Cumbre de investigación en políticas y sistemas de salud que se efectuó en noviembre del mismo año, llamó igualmente la atención hacia la necesidad de priorizar la producción de conocimiento, definir las líneas de investigación concertadas con los diferentes actores sociales y tomadores de decisión. Adicionalmente las agendas de investigación, deben involucrar el estudio del impacto de las reformas del sector salud, la canalización de más recursos para investigación, crear y/o fortalecer las redes de investigación y de información en salud (investigadores, instituciones y

proyectos), desarrollo de metodologías e instrumentos de evaluación de impacto, entre otros.

En Colombia, el plan estratégico del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud 1999-2004 definió como líneas prioritarias de investigación las siguientes:

- Investigación biomédica y clínica: biología y ecología de vectores y agentes etiológicos, evaluación de agentes terapéuticos, entre otros.
- Investigación en salud pública: dinámica poblacional, transición epidemiológica, violencia y salud, pobreza y salud, ambiente y salud, estilos de vida salud y modernidad, sistemas de salud y tecnología en salud.
- Ciencias básicas: neurociencia, fisiopatología, genética de población, bioquímica, biología y citogenética molecular, etc.

4.2.4 Desarrollo de la competencia en gestión del conocimiento

Los programas de formación para mejorar las competencias en investigación en sistemas y políticas de salud, demandan la aplicación de estrategias de capacitación dirigidos a desarrollar las competencias tanto de los investigadores como de los tomadores de decisiones, en aspectos técnicos como: planteamiento de problemas, modelos teóricos en salud pública y sistemas de salud, políticas públicas y métodos de investigación requeridos en los estudios para abordar este tipo de temáticas. El producto de esta capacitación debería ser siempre práctico, relacionado con propuestas de investigación formuladas por cada participante. Al nivel técnico, la capacitación también debe incluir mecanismos para mejorar la capacidad de escribir para publicar los resultados de la investigación.

Debe hacerse un énfasis especial en que los investigadores y tomadores de decisiones desarrollen sus habilidades en los demás campos involucrados en la búsqueda y procesamiento de la información y en el uso de las tecnologías de información y comunicaciones.

El recurso humano capacitado en gestión del conocimiento debe encontrar en sus instituciones un soporte logístico que le permita aplicar

sus destrezas y habilidades y un nicho favorable para el análisis y utilización de la información. Los programas para el desarrollo de la competencia en gestión del conocimiento deben contemplar las necesidades y posibilidades de apoyo logístico de las instituciones participantes en la red de investigación en sistemas y políticas de salud, con el fin de aprovechar los recursos disponibles. Especial importancia revisten las acciones dirigidas a garantizar la disponibilidad de documentos técnicos, tanto en temáticas propias de la investigación en sistemas, políticas y gestión como en métodos de investigación.

4.2.5 Formación en metodologías de investigación

Las necesidades de conocimiento en políticas y sistemas de salud exige que la investigación en salud aborde los problemas en todas sus dimensiones y niveles de análisis, incorpore los avances de las diversas disciplinas de lo biológico y de lo social, y desarrolle el instrumental teórico y metodológico para dar soporte científico-técnico a las intervenciones a fin de comprender la problemática de salud en toda su complejidad. En este sentido, Pellegrini (2000:47-48) comenta que la ampliación de temas, disciplinas y enfoques lleva la investigación en salud hacia un nuevo paradigma que incluye cuatro elementos claves: *la transdisciplinariedad*, entendida como la capacidad de transitar y de construir puentes entre campos disciplinarios distintos; *la complejidad*, es decir el desafío que supone lograr un conocimiento efectivo de totalidades complejas, sin recurrir a abstracciones simplificadoras; *la pluralidad*, que implica una actitud de apertura que rechaza los presupuestos monolíticos, los monopolios de pensamiento y las aproximaciones controladas y, finalmente, *la praxis* o necesidad de que los hallazgos de la ciencia se cristalicen en la práctica y de que las explicaciones se hagan con el propósito de identificar puntos sensibles en los cuales las intervenciones tengan mayor impacto.

La realización de investigación en sistemas y políticas de salud así como en gestión del sector, implica el manejo de enfoques tanto cualitativos como cuantitativos y, dentro de ellos, de una amplia gama de métodos, técnicas de reco-

lección, procesamiento y análisis de datos, dada la amplia variedad y complejidad de problemas de investigación que se requiere abordar. Así, por ejemplo, el estudio de políticas puede involucrar el análisis de los procesos sociales y políticos que se suceden con ocasión del proceso de la política – formulación, implementación y evaluación- lo cual exige de un abordaje con métodos y técnicas cualitativas; también puede ser necesario combinarlo con el uso de métodos y técnicas cuantitativas, tipo encuestas. Todo ello permitiría comprender el proceso de las políticas integralmente y explicar su dinámica. También los estudios de evaluación de las políticas demandan el uso de métodos evaluativos cuantitativos del impacto generado por la implementación de una política determinada, involucrando estudios epidemiológicos, encuestas poblacionales, meta-análisis, entre otros, cuyo abordaje requiere del uso de métodos y técnicas cuantitativas y análisis estadísticos complejos.

4.3 ESTRUCTURACION DE GRUPOS DE INVESTIGACION, GESTION DE LOS GRUPOS, CONFORMACION Y GESTION DE REDES.

La conformación de redes busca el aprovechamiento de recursos, potenciar las capacidades de los miembros, y lograr mayor eficiencia. La red proporciona una forma de agencia de conocimientos a través de la relación entre todos los participantes. Esto conlleva a una mejor interrelación y coordinación con otros grupos de investigación.

En la actualidad hay un gran auge de los mecanismos para crear redes y alianzas entre instituciones y actores a nivel nacional e internacional para el abordaje, el desarrollo, la búsqueda e implementación de estrategias de solución a problemas de muy diversa índole. En el campo de la investigación en salud hay redes consolidadas y otras en proceso de formación con las cuales se podría establecer el vínculo, por ejemplo:

- *La Red Colombiana y la Red Latinoamericana de investigación en políticas públicas y sistemas de salud* inició su conformación al comienzo del 2004. En el marco de la red

Colombiana se están conformando nodos regionales en Antioquia, la Zona Cafetera, Santanderes, Cundinamarca y Bogotá, Valle del Cauca y Nariño. El propósito es impulsar la investigación en este campo con la participación de investigadores de diferentes universidades, instituciones y centros de investigación.

- *Centro Internacional Fogarty: (FIC)* promueve y apoya la investigación y la formación científicas a nivel internacional para reducir las disparidades que existen en materia de salud en el mundo. El FIC ha asumido una función rectora en la formulación y la aplicación de investigaciones y políticas en materia de biomedicina. Al tiempo que apoya la realización de investigaciones necesarias sobre cuestiones sanitarias prioritarias en el mundo, el FIC crea capital humano y construye capacidad de investigación en las naciones más pobres, donde la necesidad es mayor.

Consciente del hecho de que los dos tercios de la población mundial soportan una carga desproporcionada de enfermedades y muertes prematuras, el FIC ha emprendido un ambicioso proyecto para empezar a corregir estas inequidades a través de programas internacionales de investigación y formación. Las subvenciones de estos programas permiten a instituciones de los Estados Unidos colaborar con sus colegas del mundo en desarrollo, en la realización de investigaciones y, en el proceso, formar un equipo de investigadores jóvenes de otros países capaz de abordar los desafíos científicos que se plantean en esferas sumamente críticas, como el VIH/SIDA, las nuevas enfermedades infecciosas, la bioética, la informática en salud, la población y la salud, la salud medioambiental y ocupacional, y la salud materno infantil, entre otras (<http://www.fic.nih.gov>).

- *Red Interamericana Jose Luis Bobadilla para el Análisis de las Políticas de Salud.* Con el fin de apoyar el desarrollo de las reformas de los sistemas de salud en la región latinoamericana y del Caribe, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) estableció la Red Interamericana «José Luis Bobadilla» en Políticas de Salud. El organismo ejecutor de esta Red será la Fundación Mexicana pa-

ra la Salud (FUNSALUD). Los objetivos de la Red JLB son los siguientes: adaptar y desarrollar instrumentos de política; fortalecer el liderazgo en el sector; y diseminar e intercambiar información. Los dos objetivos antes mencionados se complementarán con un servicio de documentación y un espacio virtual para la recopilación, difusión e intercambio de información, conocimientos, experiencias y opiniones sobre las iniciativas de reforma de los sistemas de salud que se lleven a cabo en la región

(<http://www.funсалud.org.mx/red-ilb/principal.html>).

Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur. La red es una organización no gubernamental que trabaja en el campo de la investigación en sistemas y servicios de salud y pretende contribuir al debate académico y político sobre las reformas de los sistemas de salud en América Latina, proporcionar subsidios para el proceso de decisión sectorial y de implementación de estas políticas, aliándose a los esfuerzos por mejorar la equidad en los servicios de salud prestados a la población de la región.

La situación actual de los sistemas de salud y de la salud de la población en un contexto demográfico, social, económico y político específico, cambiante e influyente exige un direccionamiento de la generación de conocimiento y por ende un fortalecimiento de la actividad investigativa que responda a las necesidades actuales. Las instituciones de salud, las universidades, centros y grupos de investigación involucrados en desarrollar investigación en sistemas y políticas de salud, deberán identificar las líneas prioritarias para generar conocimiento que permita entender la salud y los aspectos asociados con ella y en particular la dinámica del sistema y las políticas de salud en el contexto municipal, regional, nacional e internacional; que a su vez sirva para orientar la formulación e implementación de políticas de salud y la gestión del sector en el país. Para ello se requiere realizar análisis e identificar los problemas y preguntas de investigación alrededor de las cuales deben canalizarse los esfuerzos.

4.4 LOS RECURSOS PARA LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN LATINOAMERICANA Y EL CARIBE

El generar conocimiento para una mejor salud en un mundo mejor requiere del cierre de la brecha entre el conocimiento y la acción, este es uno de los desafíos hacia el futuro en cuanto a la salud pública que ha promulgado la OPS. Es por eso que el potencial de los científicos de los países en desarrollo sería aprovechado si se les integra en las comunidades científicas internacionales, forjando asociaciones de beneficio mutuo con los científicos de los países desarrollados. En tal sentido, los Programas de Cooperación Científica en Salud Internacional que responden a las agendas de los países en desarrollo y que establecen incentivos para el intercambio y la colaboración norte-sur, requieren ser incrementados y expandidos con el concurso de las agencias de los países desarrollados.

Esta ha sido la filosofía que ha inspirado los esfuerzos de cooperación científica que adelanta la OPS a través de diferentes iniciativas de investigación y de formación de investigadores. Para continuar en este esfuerzo, también se hace indispensable poner en práctica políticas e incentivos que promuevan la construcción y retención de capacidades de investigación en salud en los países en desarrollo.(141)

Debido a su propia naturaleza, la investigación en el campo de la salud pública se da en un terreno de conflictos reales y potenciales, por un lado, el rigor de la comunidad científica y por el otro, las exigencias de los entes decisorios con respecto a la pertinencia de la investigación para abordar los problemas locales, regionales y nacionales para la solución de los problemas de salud, es el mayor conflicto al que deben enfrentarse los administradores de la actividad científica en el sector salud. (142)

En la búsqueda del equilibrio entre excelencia y pertinencia es necesario asumir varios desafíos, entre ellos el de armonizar los tiempos científicos para la producción de conocimientos y los tiempos políticos para la toma de decisiones; el de inducir la oferta de la comunidad científica en función de las necesidades de salud de las poblaciones, y el de articular mecanismos de diálogo y comunicación entre investigadores y decisores.

En los países en desarrollo estos desafíos confluyen con los obstáculos inherentes al grado de avance de las infraestructuras científico-tecnológicas y con la competencia de su recurso humano, lo anterior unido a las restricciones cada vez más crecientes de financiación de parte del sector estatal a la investigación en salud; ponen en evidencia la necesidad de intensificar el rol activo de abogacía de los investigadores para que el conocimiento en el campo de la salud se considere un bien público y la investigación sobre la salud una inversión para el desarrollo.

4.5 ÁMBITO COLOMBIANO

Es de destacar que dentro de los lineamientos de la política para el desarrollo científico y tecnológico de Colciencias 2003-2006, se encuentra el incremento del recurso humano formado para la investigación y la innovación, política que se soporta en diferentes estrategias: fomento de la Ciencia y Tecnología en la educación básica y media a través del Programa Ondas y la formación de profesores; impulso a los semilleros en pregrado; apoyo a profesionales recién egresados mediante el Programa Jóvenes Talentos y el fortalecimiento de los programas de formación en maestrías y doctorados sobre todo en el exterior y un mayor apoyo a la comunidad científica a través de los programas de doctorados nacionales(93). Es en este contexto en el que los investigadores de políticas en salud pública de nuestro país se deben movilizar, en razón a que esta institución nacional es la mayor generadora de recursos para su formación; se impone el reto de buscar otros recursos en cofinanciación con entidades del sector salud interesadas en la formación de sus funcionarios en investigación en salud pública, en convenio con las universidades.

Necesariamente la mejor estrategia para apoyar los recursos humanos en investigación en salud pública y políticas sanitarias, es el reconocimiento que la sociedad haga a la investigación para el avance de la ciencia y la solución de problemas de salud; pero esta valoración se debe materializar en acciones concretas que ayuden a

un mayor desarrollo de los grupos de investigación existentes y a la creación de otros nuevos. Los retos para promocionar la investigación y la tecnología en salud, se deben dirigir al apoyo de grupos de investigación existentes para su consolidación, la formación de nuevos núcleos investigativos y por lo tanto, el fortalecimiento y la creación de programas de formación de investigadores, en un marco que garantice la financiación adecuada y estable de los grupos que ya poseen un cierto grado de desarrollo.(143)

La generación de conocimiento en torno a la problemática sobre diferentes modalidades de prestación de servicios de salud, teniendo en cuenta alternativas de privatización, integración funcional y complementariedad con los sectores de la seguridad social públicos y privados, la participación de las organizaciones comunitarias, gremiales y organizaciones no gubernamentales; así como el debate alrededor de los temas de equidad y eficiencia en la prestación de servicios de salud en el contexto del modelo de desarrollo vigente en el país, implica la unión de científicos sociales, del área de la salud y de otras disciplinas de la ciencia, para la realización de investigaciones multidimensionales, transdisciplinarias que aborden el complejo salud-enfermedad en toda su dimensión.(144)

Unos de los objetivos prioritarios con los que, paulatinamente, se habrá de lograr la meta de gestionar el área de los recursos humanos en investigación en salud pública, consiste en mejorar el entorno laboral del talento intelectual, es decir, las universidades deben primero formar su propia cultura organizacional y su propio clima organizacional en investigación. Es imposible que un investigador o un aspirante a investigador realicen buena producción, si no existe un clima organizacional adecuado en el que dicha persona se sienta bien, con apoyo directivo y con sentido de pertenencia institucional.

De otro lado, es importante mencionar que las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, deben promover la interacción con otros actores institucionales responsables de la conducción y administración de los servicios de salud, de los grupos políticos y de la sociedad civil en general, con el fin de que se formalicen espacios para gestionar la investigación en salud pública que tenga en cuenta los problemas prioritarios locales, regionales y nacionales, asegurando que los resultados de las investiga-

ciones realizadas sean difundidas en los entes decisorios y además, que sea un mecanismo de retroalimentación en los procesos docentes de formación y capacitación.

Propender por el avance de la investigación y la formación del recurso humano en salud, facilitando el intercambio entre investigadores nacionales e internacionales, de tal manera que se favorezca el desarrollo de la investigación y la consolidación de bases de datos en cuanto a oferta de programas de formación en doctorados y maestrías, resultados de investigaciones y generación de conocimiento.

De acuerdo con el Documento de Política para el Cambio y el Desarrollo de la Educación Superior de la UNESCO(145) “es importante que las investigaciones en los centros de educación superior no se lleven a cabo únicamente por motivos de prestigio intelectual o en función de consideraciones de índole económica, sino también como parte de la renovación y el desarrollo generales de las actividades de aprendizaje, enseñanza y servicio público y en particular de difusión de conocimientos. [...] La participación en proyectos científicos enseña al alumno a trabajar en equipo y a aceptar la disciplina propia de toda actividad científica”

Parte de este proceso es también la formación del recurso humano en el área de salud pública. La salud pública, en la mayoría de los países del mundo es únicamente una especialización dentro de la profesión médica, o es una especialización compartida a la que se accede desde otras profesiones. Ha habido avances y retrocesos pero no puede decirse que la salud pública haya alcanzado un nivel pleno de profesionalización. Esta tendencia es especialmente preocupante en un mundo que ha vivido un proceso acelerado de profesionalización de las más diversas actividades y servicios.

Según este autor, se acepta que la profesionalización plena de una actividad puede decirse que se ha alcanzado si se dan los siguientes 4 criterios esenciales:

- Se dispone de un área de experiencia especializada, es decir de competencias adquiridas tras formación universitaria. Estas competencias deben tener objetivos definidos y aceptados socialmente para esta profesión y estándares de práctica definidos

- La profesión y solo la profesión ejerce la autoridad y responsabilidad en su área de competencias. Esta autoridad y responsabilidad se sustenta en la actuación de acuerdo a normas y valores éticos definidos. El ejercicio de la autoridad profesional legitimado por la acreditación y/o certificación profesional permite la aceptación social y por ende la socialización de esa profesión
- La profesión es la que autocontrola su área de actividad profesional sin más límites que los que se establezcan en la legislación y los comités deontológicos de las organizaciones profesionales
- La profesión actúa con un alto grado de autonomía profesional frente a otras profesiones, poderes o grupos sociales. Y en su área de competencias mas que autonomía ejerce el predominio

Si analizamos el contexto colombiano, no se puede decir que la Salud Pública haya alcanzado su grado de profesionalización.

Reference List

- (1) Gómez-A RD. Salud Pública: Consecuencias de la Polisemia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2002;20(1).
- (2) Franco-Agudelo S. Teoría y práctica de la salud pública. 1993. Medellín, Facultad Nacional de Salud Pública. Ciclo: Objeto de la salud pública.
Ref Type: Pamphlet
- (3) Franco G A. Los temas de la Salud Pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2002;20(1):5-7.
- (4) Organización Mundial de la Salud. Carta de Constitución. Ginebra; 1948.
- (5) Organización Mundial de la Salud. Salud Para Todos en el año 2000. Ginebra: OMS; 1978.
- (6) Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata: Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud, Alma Ata (URSS). 1978.
Ref Type: Serial (Book,Monograph)
- (7) Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. 13-22. 2000.
Ref Type: Serial (Book,Monograph)
- (8) Canadian Public Health Association. Ottawa Charter for Health Promotion. 1-4. 1986. Ottawa (Canadá), International Conference on Health Promotion.
Ref Type: Generic
- (9) Pedersen D. La construcción cultural de la salud en América Latina. In: Pinzón C, SR, Garay G, editors. Cultura y Salud en la construcción de las Américas. Reflexiones sobre el sujeto social. Bogotá: COLCULTURA - ICAN - CIPLSP; 1999. p. 141-52.
- (10) Mieles E, Prada G. Necesidades o Derechos, cómo medir la pobreza? Periódico U N 2005 Mar;72.
- (11) OPS/OMS. La Salud en las Américas. Washington: OPS/OMS; 2002. Report No.: Volumen 1 y 2.
- (12) Berkman L, Lochner KA. Social Determinants of health: Meeting at the crossroads. Health affairs 2002 Mar.
- (13) OMS. Social Determinants of health. The solid facts. 2nd edition ed. 2003.
- (14) Muñoz F, et al. Las Funciones Esenciales de la Salud Pública: Un tema Emergente en las Reformas del Sector de la Salud. Revista Panamericana de Salud Pública 2000;8(1/2).
- (15) Organización Panamericana de la Salud. Funciones esenciales de salud pública. Washington: OPS; 2000 Apr. Report No.: CE126/17.
- (16) Organización Panamericana de la Salud. Funciones esenciales de salud pública. Washington: OPS; 2000 Apr. Report No.: CE126/17.
- (17) Gómez-Arias R. Evaluar la salud o evaluar un negocio? Consecuencias de confundir un sistema de salud con un sistema de servicios de salud. Facultad de Salud Pública UdA, editor. 2005.
Ref Type: Unpublished Work
- (18) Krieger N. Epidemiology and the Web of causation: Has anyone seen the spider? Soc Sci Med 1994;39(7):998-03.
- (19) Susser M, Susser E. Choosing a futures for Epidemiology: Eras and Paradigms. Am J Public Health 1996;86:688-73.
- (20) Max-Neef M, Elizalde A, Hopenhayn M. Desarrollo a escala humana: Una opción para el futuro. Motala Grafiska Suecia; 1986.
- (21) Max-Neef M, Elizalde A, Hopenhayn M. Desarrollo a escala humana: Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones. Barcelona: ICARIA Editorial; 1993.
- (22) Breihl J. Lecturas opuestas del papel de la epidemiología y la reforma en salud: El

- Debate sobre los Modelos de Desarrollo Humano Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía (Brasil); 2000.
- (23) Gómez-Arias R. Evaluar la salud o evaluar un negocio? Consecuencias de confundir un sistema de salud con un sistema de servicios de salud. Facultad de Salud Pública UdA, editor. 2005.
Ref Type: Unpublished Work
- (24) Gómez-Arias R. Evaluar la salud o evaluar un negocio? Consecuencias de confundir un sistema de salud con un sistema de servicios de salud. Facultad de Salud Pública UdA, editor. 2005.
Ref Type: Unpublished Work
- (25) Terris M. Perspectiva mundial de los sistemas de salud. México: Siglo XXI; 1980.
- (26) Alliance for Health Policy and Systems Research. Strengthening health systems: the role and promise of policy and systems research. Geneva: Global Forum for Health Research; 2004.
- (27) Gómez-Arias R. Evaluar la salud o evaluar un negocio? Consecuencias de confundir un sistema de salud con un sistema de servicios de salud. Facultad de Salud Pública UdA, editor. 2005.
Ref Type: Unpublished Work
- (28) Fullilove R, Edgoose J, Fullilove M. Chaos, criticality and public health. Editorial. J-Natl-Med-Assoc 1997;89(6):311-6.
- (29) Gómez-Arias R. Evaluar la salud o evaluar un negocio? Consecuencias de confundir un sistema de salud con un sistema de servicios de salud. Facultad de Salud Pública UdA, editor. 2005.
Ref Type: Unpublished Work
- (30) Terris M. Sistemas mundiales de salud. HM. 1980. Medellín, Facultad Nacional de Salud Pública.
Ref Type: Pamphlet
- (31) Cardona-Osorio J. El concepto de salud, enfermedad y salud pública según los diferentes modos de producción. Revista Centroamericana de Administración Pública 1987;12:103-36.
- (32) Gómez-Arias R. Tendencias de la prestación de los servicios de salud en la nueva estructura sanitaria del país. Seminario taller: la docencia servicio y los sistemas locales de salud.; Universidad de Antioquia; 1993.
- (33) Gómez L, Astier P, Aibar C. Modelos de sistemas sanitarios. In: Piédrola G, et al, editors. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10 ed. Barcelona: Masson; 2001. p. 1105-11.
- (34) Gómez-Arias R. Evaluar la salud o evaluar un negocio? Consecuencias de confundir un sistema de salud con un sistema de servicios de salud. Facultad de Salud Pública UdA, editor. 2005.
Ref Type: Unpublished Work
- (35) Gómez-Arias R. Evaluar la salud o evaluar un negocio? Consecuencias de confundir un sistema de salud con un sistema de servicios de salud. Facultad de Salud Pública UdA, editor. 2005.
Ref Type: Unpublished Work
- (36) Gómez-Arias R. Evaluar la salud o evaluar un negocio? Consecuencias de confundir un sistema de salud con un sistema de servicios de salud. Facultad de Salud Pública UdA, editor. 2005.
Ref Type: Unpublished Work
- (37) Yepes-Luján F, Jaramillo-Pérez I, et al. Las reformas de la salud a partir de la ley 100 de 1993: Los logros, las pérdidas, los problemas, acciones a recomendar. Bogotá: ASSALUD; 2005.
- (38) Yepes-Luján F, Rivera S, Sanchez L, et al. Diseño y Aplicación de una Encuesta para la Evaluación de las Acciones de Promoción y Prevención del Plan de Atención Básica de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y del Logro de Las Metas del Plan de Atención Básica- PAB Departamental y Distrital. Bogotá: ASSALUD; 2004 Dec 14. Report No.: Informe final preliminar.

- (39) Arbeláez M, Gaviria M, Franco A, Restrepo R, Hincapié D, Blas E. Tuberculosis control and managed competition in Colombia. *Int J Health Plann Mgmt* 2004;2004(19):S25-S43.
- (40) Cardona A, Nieto E, Arbeláez M, Agudelo H, Chávez B, Montoya A, et al. Impacto de la Reforma de la Seguridad Social sobre la Organización Institucional y la prestación de los Servicios de Salud en Colombia. Medellín: Vieco e Hijas Ltda; 1999.
- (41) Kroeger A, Ordoñez-Gonzalez J, Aviña A. Malaria control reinvented: health sector reform and strategy development in Colombia. *Tropical Medicine and International Health* 2002;7(5):450-8.
- (42) Gómez-Arias R. Evaluar la salud o evaluar un negocio? Consecuencias de confundir un sistema de salud con un sistema de servicios de salud. Facultad de Salud Pública Uda, editor. 2005.
Ref Type: Unpublished Work
- (43) Gómez-Arias R. Evaluar la salud o evaluar un negocio? Consecuencias de confundir un sistema de salud con un sistema de servicios de salud. Facultad de Salud Pública Uda, editor. 2005.
Ref Type: Unpublished Work
- (44) Gómez-Arias R. Evaluar la salud o evaluar un negocio? Consecuencias de confundir un sistema de salud con un sistema de servicios de salud. Facultad de Salud Pública Uda, editor. 2005.
Ref Type: Unpublished Work
- (45) Londoño J, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health sector reform in Latin America. *Health Policy* 1997;41(1-36).
- (46) World Health Organization. Investing in health and development. Report of the ad hoc committee on health research relating to future intervention options. Geneva; 1996.
- (47) OECD, World Health Organization. Poverty and health. Paris; 2003.
- (48) World Health Organization. Improving health outcomes of the poor. Geneva; 2002.
- (49) World Health Organization. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO; 2001.
- (50) World Health Organization. The World Health Report 2000. Geneva: WHO; 2001.
- (51) Travis P, Egger D, Davies P, Mechabal A. Towards better stewardship: Concepts and Critical Issues. In: Murray C, Evans D, editors. *Health Systems Performance Assessment*. Geneva: World Health Organization; 2005. p. 290-300.
- (52) Ugá A, Landmann C, Almeida C, Travassos C, Viacava Francisco, Mendes R J, et al. Considerações sobre o Relatório OMS 2000. *Fiocruz ENSP* 2000 December 14 Available from: URL: www.ensp.fiocruz.br
- (53) Roth D. Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación. Bogotá: Aurora; 2004.
- (54) Henao O. v 2005.
- (55) Vargas A. El Estado y las Políticas Públicas. Bogotá: 1999.
- (56) Walt G. Health policy: An introduction to process and power. Johannesburg: Witwatersrand University Press; 1994.
- (57) Gómez-Arias R. Gestión de políticas públicas y salud. III Jornada Nacional de Actualización en Promoción de la Salud; Manizales 2004.
- (58) Gómez-Arias R. Gestión de políticas públicas y salud. III Jornada Nacional de Actualización en Promoción de la Salud; Manizales 2004.
- (59) Gómez-Arias R. Gestión de políticas públicas y salud. III Jornada Nacional de Actualización en Promoción de la Salud; Manizales 2004.

- (60) Hancock T. The conserver society. *Can Fam Phys* 1981 Mar 26;320-1.
- (61) Hancock T. Beyond Health Care. *The Futurist* 1982 Aug;4-13.
- (62) Milio N. Glossary: healthy public policy. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:622-3.
- (63) Milio N. Promoting health through public policy. Ottawa.: 1989.
- (64) Gómez-Arias R. Gestión de políticas públicas y salud. III Jornada Nacional de Actualización en Promoción de la Salud; Manizales 2004.
- (65) Gómez-Arias R. Gestión de políticas públicas y salud. III Jornada Nacional de Actualización en Promoción de la Salud; Manizales 2004.
- (66) Gómez-Arias R. Efectos de la ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia. Universidad de Antioquia; Medellín 2005.
- (67) Gómez-Arias R. Efectos de la ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia. Universidad de Antioquia; Medellín 2005.
- (68) Gómez-Arias R. Efectos de la ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia. Universidad de Antioquia; Medellín 2005.
- (69) Stiglitz J. El rumbo de las reformas: Hacia una nueva agenda para América Latina. *Revista de la Cepal* 2003 Aug;80:7.
- (70) Gómez-Arias R. Efectos de la ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia. Universidad de Antioquia; Medellín 2005.
- (71) Vásquez M, Siqueira E, Kruze I, Da Silva A, Leite I. Los procesos de reforma y política social en América Latina. *Gac Sanit* 2002;16(1):30-8.
- (72) González-Rossetti A, Mogollón O. La reforma de salud y su componente político: Un análisis de factibilidad. *Gaceta Sanitaria* 2002;16(1):39-47.
- (73) Gómez-Arias R. Efectos de la ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia. Universidad de Antioquia; Medellín 2005.
- (74) Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en salud. 1-17. 1993. Washington.
Ref Type: Serial (Book,Monograph)
- (75) González-Rossetti A, Mogollón O. La reforma de salud y su componente político: Un análisis de factibilidad. *Gaceta Sanitaria* 2002;16(1):39-47.
- (76) Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en salud. 1-17. 1993. Washington.
Ref Type: Serial (Book,Monograph)
- (77) González-Rossetti A, Bossert T. Mejorando la Factibilidad Política de la Reforma en Salud: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia y México. [36]. 2000. Iniciativa Regional de Latino América y el Caribe para la Reforma en Salud.
Ref Type: Serial (Book,Monograph)
- (78) González-Rossetti A, Bossert T. Mejorando la Factibilidad Política de la Reforma en Salud: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia y México. [36]. 2000. Iniciativa Regional de Latino América y el Caribe para la Reforma en Salud.
Ref Type: Serial (Book,Monograph)
- (79) González-Rossetti A, Bossert T. Mejorando la Factibilidad Política de la Reforma en Salud: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia y México. [36]. 2000. Iniciativa Regional de Latino América y el Caribe para la Reforma en Salud.
Ref Type: Serial (Book,Monograph)
- (80) Gómez-Arias R. Efectos de la ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia. Universidad de Antioquia; Medellín 2005.
- (81) González-Rossetti A, Bossert T. Mejorando la Factibilidad Política de la Reforma

- en Salud: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia y México. [36]. 2000. Iniciativa Regional de Latino América y el Caribe para la Reforma en Salud. Ref Type: Serial (Book, Monograph)
- (82) Varela A, Carrasquilla G, Tono T. Asimetría en la información: Barreras para la implementación de la reforma en Colombia. *Colombia Médica* 2002;33(3):95-101.
- (83) González-Rossetti A, Bossert T. Mejorando la Factibilidad Política de la Reforma en Salud: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia y México. [36]. 2000. Iniciativa Regional de Latino América y el Caribe para la Reforma en Salud. Ref Type: Serial (Book, Monograph)
- (84) González-Rossetti A, Bossert T. Mejorando la Factibilidad Política de la Reforma en Salud: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia y México. [36]. 2000. Iniciativa Regional de Latino América y el Caribe para la Reforma en Salud. Ref Type: Serial (Book, Monograph)
- (85) Organización de Naciones Unidas. Objetivos del Milenio. United Nations 2000 September 8 Available from: URL: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>
- (86) World Health Organization. Shaping the future: The World health report 2003. Geneva: WHO; 2003.
- (87) Gómez-Arias R. Gestión de políticas públicas y salud. III Jornada Nacional de Actualización en Promoción de la Salud; Manizales 2004.
- (88) Gómez-Arias R. Gestión de políticas públicas y salud. III Jornada Nacional de Actualización en Promoción de la Salud; Manizales 2004.
- (89) Gómez-Arias R. Gestión de políticas públicas y salud. III Jornada Nacional de Actualización en Promoción de la Salud; Manizales 2004.
- (90) Gómez-Arias R. Gestión de políticas públicas y salud. III Jornada Nacional de Actualización en Promoción de la Salud; Manizales 2004.
- (91) Gómez-Arias R. Gestión de políticas públicas y salud. III Jornada Nacional de Actualización en Promoción de la Salud; Manizales 2004.
- (92) Conferencia Mundial sobre la Ciencia para el Siglo XXI: Un nuevo compromiso. Declaración de Budapest. Declaración sobre la Ciencia y el uso del saber científico. <http://www.campus-oei.org/salactsi/budapestdec.htm> 1999 June 26 Accessed Nov 1 de 2005
- (93) Guerra de Mesa MdR. Lineamientos básicos de política de ciencia y tecnología. Bogotá: COLCIENCIAS; 2003.
- (94) Stiglitz J. El rumbo de las reformas: Hacia una nueva agenda para América Latina. *Revista de la Cepal* 2003 Aug;80:7.
- (95) Gómez-Arias R. Efectos de la ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia. Universidad de Antioquia; Medellín 2005.
- (96) Franco A. Seguridad social y salud en Colombia. Estado de la reforma. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2000;2(1):1-16.
- (97) Hernández M. El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2001;19(1):57-70.
- (98) Colciencias. Lineamientos Básicos de Política de Ciencia y Tecnología. Bogotá: COLCIENCIAS; 2003.
- (99) Ortiz N. Nociones generales acerca de las políticas públicas. Cali: Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca; 2005.
- (100) Álvarez A. Temas de coyuntura en gestión pública. España.; 1992.
- (101) Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Salud y ambiente en el desarrollo humano sostenido

- nible de las Américas. Washington, D.C.: Conferencia Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible.; 1995 Oct.
- (102) USACH. Salud y medio ambiente. Santiago: SUMA21 (Sustentabilidad y Medio Ambiente para el siglo 21); 2005.
- (103) AUPEC (Agencia Universitaria de Periodismo Científico). Salud y medio ambiente. Suplemento "La Salud". 2003. Universidad del Valle.
Ref Type: Magazine Article
- (104) Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud. Perfil del sistema de servicios de salud de Colombia. OPS; 2002 May. Report No.: 2da. edición.
- (105) OMS. Informe Mundial sobre el conocimiento orientado a mejorar la salud. Fortalecimiento de los sistemas sanitarios. Ginebra; 2004.
- (106) Suchman E. Evaluative Research: Principles and Practice in Public Service and Social Action Programs. New York: Russell Sage Foundation; 1967.
- (107) Salazar Ld. Evaluación de Tecnología en Salud Pública. Artes Gráficas Univalle; 2000.
- (108) Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata: Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud, Alma Ata (URSS). 1978.
Ref Type: Serial (Book, Monograph)
- (109) Canadian Public Health Association. Ottawa Charter for Health Promotion. 1-4. 1986. Ottawa (Canadá), International Conference on Health Promotion.
Ref Type: Generic
- (110) Grisales L, GE, Torres B, Nieto E. Contexto de la investigación en salud pública. Medellín: 2005.
- (111) Martínez-Morante E, García-Caliente M, Rodríguez I, Navarro G. Revisión de guías para incorporar la perspectiva de género e investigación en Ciencias de la Salud.
<http://www.easp.es/redgenero/documentos/revisiónguias.pdf> 2005
- (112) Secretaría de Salud de México. Programa de Acción: Investigación en Salud. México D.F; 2001.
- (113) Frenk J. La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. México D.F: Fondo de Cultura Económica.; 1997.
- (114) Moynihan R. Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. Disentanglement. BMJ 2003;326:1193-6.
- (115) Scott C, West E. Nursing in the public sphere: health policy research in a changing world. J Adv Nurs 2001 Feb;33(3):387-95.
- (116) Gómez-Arias R, Orozco D, Rodríguez-Ospina F, Velásquez-Vélez W. Políticas públicas y salud: relación entre investigación y decisión. En proceso de publicación, editor. Revista Facultad Nacional de Salud Pública . 2005.
Ref Type: Unpublished Work
- (117) Phillips C. The economics of 'more research is needed'. International Journal of Epidemiology 2001;30:771-6.
- (118) Innerarity D. La sociedad Invisible. El País . 19-2-2002. Madrid.
Ref Type: Magazine Article
- (119) Milio N. La contribución de la investigación. Revisión en salud Pública 1993;3:155-67.
- (120) Stone D, Maxwell S, Keating M. Bridging Research and Policy. An International Workshop. UK: Department for International Development Warwick University; 2002 Jul 16.
- (121) Scott C, West E. Nursing in the public sphere: health policy research in a changing world. J Adv Nurs 2001 Feb;33(3):387-95.

- (122) World Health Organization. 10/90 Report 2002. Geneve: Global Forum on Health Research; 2002.
- (123) Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en salud. 1-17. 1993. Washington.
Ref Type: Serial (Book, Monograph)
- (124) Global Forum on Health Research. The 10/90 Report on health research. Geneve: World Health Organization; 1999.
- (125) Pellegrini F. Ciencia en Pro de la Salud. Notas para la actividad científica para el desarrollo de la salud en América Latina y el Caribe. Publicación científica y Técnica; Organización Panamericana de la Salud; 2000.
- (126) Gómez-Arias R. Políticas de Salud ¿qué investigar?. ., editor. [Conferencia], -20. 2004. Medellín, Facultad Nacional de Salud Pública.
Ref Type: Generic
- (127) Bronfman M. De la investigación en salud a la política: la difícil traducción. México D.F: Manual Moderno; 2003.
- (128) Trostle J, Bronfman M, Langer J. How do researchers influence decision-makers? Case studies of Mexican policies. Health Policy and Planning 2005;14(2):103-14.
- (129) Brundtland G. Health Research for development. International. Geneva: WHO; 1999.
- (130) Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en salud. 1-17. 1993. Washington.
Ref Type: Serial (Book, Monograph)
- (131) World Health Organization. 10/90 Report 2002. Geneve: Global Forum on Health Research; 2002.
- (132) World Health Organization. 10/90 Report 2002. Geneve: Global Forum on Health Research; 2002.
- (133) International Conference on Health Research for Development 2000. Health research for development: the continuing challenge. http://www.cohred.ch/documents_COHREDweb/Reports_conference/discussionpaper.pdf accessed 01/03/2005 2000 October 10
- (134) Cumbre ministerial sobre investigaciones en salud. Declaración de México: Conocimientos para una mejor saludACIÓN DE MÉXICO. México; 2004 Nov 16.
- (135) Franco A. Seguridad Social y Salud en Colombia. Estado de la Reforma. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999 Dec 9.
- (136) Gómez-Buendía H. Educación: La agenda del siglo XXI. Hacia un desarrollo humano. Bogota: 1998.
- (137) De los Rios R. La Cooperación Técnica de OPS para la Formación y el Intercambio de Investigadores. La Habana: OPS-OMS; 2000.
- (138) Funciones esenciales de la Salud Pública., Resolución CD 42 r14, Consejo Directivo de OPS, (2000).
- (139) ICFES. Investigación Pedagógica. Fundamento Central de formación del docente universitario. Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior; 2003.
- (140) OMS. La función de la investigación y de los sistemas de información en la adopción de decisiones relativas al desarrollo de recursos humanos para la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1990. Report No.: 802.
- (141) Roses M. Discurso presentado durante la inauguración de la Cumbre Mundial Ministerial de Investigación en Salud. Ciudad de México; 2004.
- (142) De los Rios R. La promoción de la investigación en salud pública: búsqueda del equilibrio entre pertinencia y excelencia. <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Vol5-4&5-delorios.htm> 1999 [cited 2005 Mar 22];

- (143) García L. Problemas, estrategias y prioridades de la investigación en salud con especial referencia a las ciencias básicas biomédicas. Salud para la calidad de la vida. Bases para un Plan del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud. Bogotá: Tercer Mundo; 1993.
- (144) González BE. La investigación en los servicios de salud. Salud para la calidad de la vida. Bases para un Plan del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud. Bogotá: Tercer Mundo; 1993.
- (145) UNESCO. Documento de Política para el Cambio y el Desarrollo de la Educación Superior. París; 1995.
- (146) Ministerio de Salud de Colombia, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Estudio de recursos humanos para la salud y la educación médica en Colombia. Métodos y resultados. Bogotá: 1969.
- (147) González-Agudelo B. Distribución y características de la investigación en Salud en Colombia. Ottawa: 1986.
- (148) González-Agudelo B. La investigación en los servicios básicos de salud. In: Colciencias, editor. Salud para la calidad de la vida. Bases para un plan del programa nacional de ciencia y tecnología de la salud. Bogotá: 1993. p. 52.
- (149) González-Agudelo B, et al. Investigación. In: Ministerio de Salud de Colombia, Departamento Administrativo de Planeación, editors. La salud en Colombia. Estudio sectorial de salud. Bogotá: 1990. p. 513.
- (150) Yepes-Luján F, et al. La salud en Colombia. Estudio sectorial de salud. Bogotá: 1990.
- (151) Colciencias. Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud: Plan Estratégico 1999-2004. Bogotá: Instituto Colombiano para el desarrollo de la Ciencia y la Tecnología "Francisco Antonio Caldas"; 1999 Oct.
- (152) Colciencias. Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud: Plan Estratégico 1999-2004. Bogotá: Instituto Colombiano para el desarrollo de la Ciencia y la Tecnología "Francisco Antonio Caldas"; 1999 Oct.
- (153) Colciencias. Salud para la calidad de la vida. 2005.
- (154) Plaza-Dominguez B, Chavarriaga I, Vélez-Arango A. Programa Nacional de Investigación en Sistemas de salud. Informe Final. 1995. Report No.: Contrato 178/1995.
- (155) FES, FEDESARROLLO. Estudio científico de la respuesta social organizada a las condiciones de salud y enfermedades en poblaciones. Bogotá; 1996.
- (156) Misión de Ciencia y Tecnología. Programa de Desarrollo Científico y Tecnológico. Bogotá; 1990.
- (157) Colciencias. Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud: Plan Estratégico 1999-2004. Bogotá: Instituto Colombiano para el desarrollo de la Ciencia y la Tecnología "Francisco Antonio Caldas"; 1999 Oct.
- (158) Departamento Nacional de Planeación. Documento Conpes 3080. Bogotá: República de Colombia.; 2000.
- (159) Departamento Nacional de Planeación. Política Nacional de Ciencia y Tecnología 1994-1998. Bogotá: República de Colombia; 1994. Report No.: Documento Conpes 2739.
- (160) Colciencias. Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud: Plan Estratégico 1999-2004. Bogotá: Instituto Colombiano para el desarrollo de la Ciencia y la Tecnología "Francisco Antonio Caldas"; 1999 Oct.
- (161) Mosley W, Bobadilla J, Jamison. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2005.
- (162) Sánchez DM, Bazzani R, Gómez S. Prioridades en la Investigación de la salud co-

- lectiva en América Latina. Montevideo: Ediciones Trilce.; 1998.
- (163) Murray C, Mathers C, Salomon J. Towards Evidence-Based public Health. In: Murray C, Evans D, editors. Health Systems Performance Assessment. Geneva: World Health Organization; 2005. p. 716-26.
- (164) Brownson R, Gurney J, Land G. Evidence-based decision making in public health. *Journal of Public Health Management practice* 1999;5:86-97.
- (165) Colciencias. Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud: Plan Estratégico 1999-2004. Bogotá: Instituto Colombiano para el desarrollo de la Ciencia y la Tecnología "Francisco Antonio Caldas"; 1999 Oct.
- (166) Colciencias. Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud: Plan Estratégico 1999-2004. Bogotá: Instituto Colombiano para el desarrollo de la Ciencia y la Tecnología "Francisco Antonio Caldas"; 1999 Oct.
- (167) ASSALUD. Delineación de las políticas de investigación en salud pública para Colombia hasta el año 2010. Informe final. Bogotá: ASSALUD; 1998.
- (168) Colciencias. Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud: Plan Estratégico 1999-2004. Bogotá: Instituto Colombiano para el desarrollo de la Ciencia y la Tecnología "Francisco Antonio Caldas"; 1999 Oct.
- (169) Jaramillo-Salazar H. Política científica y tecnológica en Colombia: Evaluación e Impacto durante la década de los noventa. BOGOTÁ: CEPAL; 2004.
- (170) Sachs J. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. World Health Organization; 2001 Dec. Report No.: Report of the Commission on Macroeconomics and Health.
- (171) Innvær S, Vist G, Trommald M, Oxman A. Health policymaker's perceptions of their use of evidence: a systematic review. *J Health Serv Res Policy* 2002;7(4):239-44.
- (172) Dobrow M, Goel V, Upshur R. Evidence-based health policy: context and utilisation. *Soc-Sci-Med* 2004;58:207-17.
- (173) Elliot H, Popay J. How are policy makers using evidence? Models of research utilisation and local NHs policy making. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:461-8.
- (174) Lavis J, Ross S, Hurley J. Examining the Role of Health services Research in Public Policymaking. *Milbank Quarterly*, 2003;80(2).
- (175) Haines A, et al. Bridging the implementation gap between knowledge and action for health. *Bulletin of the World Health Organization* 2004;82(724):732.
- (176) Portela L, Contandriopoulos A. O uso de pesquisas na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégias. *Cad Saúde Pública* 2004 Mar;20(2):546-54.
- (177) Urrego Z, Muñoz M, Bello N. La investigación para la toma de decisiones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Investigaciones en Seguridad Social y Salud* 2000 Dec;2.
- (178) Mosquera J, Gómez O, Méndez F. Uso de los resultados de las investigaciones en salud pública en una entidad territorial de salud en Colombia. *Colombia Médica* 2005 Mar;36(1).
- (179) Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. Hacerlo realidad: Cómo pueden los decisores utilizar la investigación sobre políticas y sistemas para fortalecer los sistemas de salud. Ginebra; 2005.
- (180) Gómez-Arias R. La priorización: proceso técnico o político? Facultad Nacional de Salud Pública, editor. 2005. Ref Type: Unpublished Work

- (181) International Conference on Health Research for Development 2000. Health research for development: the continuing challenge. http://www.cohred.ch/documents_COHREDweb/Reports_conference/discussionpaper.pdf accessed 01/03/2005
2000 October 10
- (182) Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en salud. 1-17. 1993. Washington.
Ref Type: Serial (Book, Monograph)
- (183) Colciencias. Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud: Plan Estratégico 1999-2004. Bogotá: Instituto Colombiano para el desarrollo de la Ciencia y la Tecnología "Francisco Antonio Caldas"; 1999 Oct.
- (184) Labonte R, Spiegel J. Setting global health research priorities: Burden of disease and inherently global health issues should both be considered. *BMJ* 2003;326:722-3.



5

***LA GESTION DEL CONOCIMIENTO
EN SALUD PÚBLICA:
EL CONTEXTO COLOMBIANO***

5 LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA: EL CONTEXTO COLOMBIANO

5.1 INTRODUCCION

La gestión de la gestión del conocimiento en salud pública hace parte de la administración de las actividades de desarrollo científico y tecnológico en el campo de la salud. Comprende la organización del conocimiento y la construcción de capacidades para administrarlo. Su ámbito va desde la fijación de la política hasta la aplicación de los resultados del quehacer científico y tecnológico en salud.

En Colombia, la administración de las actividades de desarrollo científico y tecnológico en el campo de la salud, se ha centrado en dos entidades gubernamentales: el Ministerio de Salud, hoy Ministerio de la Protección Social¹ y el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología “Francisco José de Caldas” – Colciencias. Por lo tanto, la revisión de la gestión de la investigación en salud pública, implica abordar el proceso de institucionalización de la investigación en salud en el país.

La institucionalización de la investigación en salud pública se establece por el grado de consolidación de los grupos de investigación y el desarrollo de redes de investigación. Estos dos componentes permiten identificar la existencia de una masa crítica consolidada y su capacidad de relacionamiento con otros grupos para generar conocimiento sobre temas afines y enfrentar los desafíos de la salud colectiva en un entorno socio-económico cambiante y culturalmente determinado.

^{1/} El artículo 5° de la Ley 790 de 2002, fusionó el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Salud conformando el Ministerio de la Protección Social

Para comprender el proceso de institucionalización de la investigación en salud pública es necesario referir una serie de eventos que históricamente han demarcado la organización de este campo de la ciencia desde mediados del siglo XX; para ello, se delimitan varios períodos con sus hitos más importantes, a saber:

- **Antecedentes.** Cubre la décadas de los sesenta y setenta. Comprende: El rediseño del Sistema Nacional de Salud con la creación de la Dirección de Investigaciones del Ministerio de Salud y del Subsistema de Investigaciones en Salud. El rol del Instituto Nacional de Salud. La creación de Colciencias y sus primeras actividades en desarrollo científico y tecnológico.
- **De la pertinencia de la investigación en salud.** Cubre la década de los ochenta. Recoge los principales planteamientos en torno al enfoque de la investigación en salud por campos de aplicación y su relación con los principales problemas de salud. Comprende: Las actividades desarrolladas por el Ministerio de Salud y Colciencias. Los diagnósticos realizados sobre la investigación en salud en Colombia y el posicionamiento de la investigación en salud pública.
- **Cambio de paradigma y consolidación del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud.** Cubre la década de los noventa hasta hoy, caracterizada por las transiciones de la sociedad y el posicionamiento de la investigación esencial en salud como respuesta social organizada. Comprende: La creación del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología; la reestructuración del Ministerio de Salud y la consolidación del proceso de institucionalización de la investigación en salud pública.
- **Conclusiones.** Construcción de capacidades científicas en la investigación en salud

pública. Síntesis de las principales tendencias, problemas, tensiones y oportunidades manifiestas a través de la revisión retrospectiva hecha.

5.2 ANTECEDENTES

El documento Bases para la calidad de vida elaborado por Colciencias, permite hacer un recuento histórico de la investigación en Colombia. A pesar del laborioso trabajo adelantado durante la colonia por los integrantes de la expedición Botánica y el Dr. José Celestino Mutis, la investigación médica más o menos sistemática se inicia en 1864 cuando los médicos, en torno a la Gaceta Médica y la Escuela Privada de Medicina, se comprometen a elaborar una geografía patológica nacional. Posteriormente, en 1867, la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales da origen a una serie de trabajos sobre las enfermedades infectocontagiosas. Esta sociedad, trabaja conjuntamente con la Junta Central de Higiene, el primer organismo estatal encargado de la salud del país, desarrollando una notoria labor tanto de investigación como en la actividad editorial. A comienzos del siglo XX sobresalen los trabajos de investigación impulsados por los médicos que se formaron en la escuela de Medicina Tropical de Londres y del Instituto Pasteur de Paris y que fueron apoyados financieramente por la Fundación Rockefeller. Se destaca en este proceso la creación del Instituto Carlos Finlay, la primera institución nacional dedicada a la investigación en salud, donde se formaron muchos investigadores y se da origen a los primeros laboratorios de investigación para posteriormente conformar el Instituto de Programas Especiales de Salud conocido actualmente como el Instituto Nacional de salud.

El “estudio de recursos humanos para la salud y educación médica en Colombia, más conocido como Primera Encuesta Nacional de Morbilidad (1964-1968)”(146), demarca el límite entre dos grandes períodos del siglo XX, antes y después de 1970, y el inicio del proceso de institucionalización de la investigación en salud pública en el país.

Antes del estudio mencionado, la investigación en salud era una actividad de índole individual, los investigadores realizaban sus proyectos en

los laboratorios clínicos privados, en las facultades de medicina de las universidades públicas y en los hospitales universitarios como complemento de la docencia y la asistencia clínica, y en organizaciones gubernamentales. Los proyectos de investigación obedecían a los intereses de las instituciones, a los esfuerzos aislados de los investigadores y a las iniciativas particulares de conocimiento. Sobresalían las investigaciones clínicas con fines diagnósticos, terapéuticos y sobre mecanismos de transmisión de algunas enfermedades endémicas. La investigación básica-biomédica comienza a abrirse espacio en el ámbito universitario con fines académicos en temas de microbiología, inmunología, genética y farmacología entre otros. La investigación en salud pública, apenas empieza a manifestarse a través de estudios epidemiológicos sobre el comportamiento de algunas enfermedades endémicas en grupos poblacionales específicos(147;148)

Al finalizar la década de los sesenta, como consecuencia del “estudio de recursos humanos para la salud y educación médica en Colombia”, se comienza a posicionar a nivel nacional la investigación en salud pública. Por primera vez se logra tener un mapeo completo del país con los principales indicadores de salud de la población y utilización de los recursos institucionales del sector, así como las características y proyecciones de la oferta de recursos humanos para la salud. Se abren espacios de discusión sobre las relaciones causales entre las condiciones de salud, el desarrollo económico y el entorno socio-cultural de la población y la pertinencia de la investigación epidemiológica y en servicios de salud para la planificación y la toma de decisiones en salud. Además, los resultados de este estudio fueron la base para la formulación del plan nacional de salud y educación para la salud.

El Ministerio de Salud –MS, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud -OMS, institucionalizó el grupo de investigación que realizó el estudio mencionado en la División de Investigaciones Especiales del INPES (posteriormente INS), y le asigna a esta repartición la función de realizar investigaciones cuyos resultados sustenten las políticas y decisiones del gobierno nacional en todo lo relacionado con la salud pública.(147)

La reforma administrativa de 1968 dio las bases para la reestructuración de las organizaciones gubernamentales y creación de nuevas entidades públicas. Se intervino institucionalmente el sector de la salud, creando el Sistema Nacional de Salud -SNS con los Servicios Seccionales de Salud -SSS, regionalizado los servicios de atención médica y hospitalaria, y se fortalece el Ministerio de Salud^{2/}. En este último se crean la Dirección de Investigaciones^{3/} y el Subsistema de Investigaciones en Salud^{4/}, como entes rectores de la investigación en salud y se dan las bases legales que centralizan en este Ministerio la administración del quehacer investigativo en el campo de la salud a nivel nacional.

A la Dirección de Investigaciones le corresponde fijar la política y elaborar el plan nacional de investigaciones así como la planeación, el control, la evaluación y la difusión de los resultados. Al Subsistema de Investigaciones en Salud le corresponde coordinar las entidades gubernamentales y no gubernamentales que realicen investigaciones en el campo de la salud.

Igualmente se reestructura el Instituto Nacional de Programas Especiales en Salud -INPES, convirtiéndolo en el Instituto Nacional de Salud -INS, asignándole como función esencial la realización de investigaciones básicas y aplicadas en salud, así como todas las que requiera el Ministerio de Salud.

Paralelo a este proceso de reestructuración del sector salud y con base en la reforma administrativa de 1968 se crea y comienza a funcionar el Fondo Colombiano de Investigaciones Científicas y Proyectos Especiales "Francisco José de Caldas" -COLCIENCIAS, se estructura el Sistema Científico y Tecnológico de Colombia con cuatro actividades básicas: investigación, educación, difusión y apoyo, todas ellas en función de la producción, distribución y utilización del conocimiento científico, y se crea a su vez el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología encargado de asesorar al gobierno nacional en materia de política científica y tecnológica^{5/}.

En sus inicios, Colciencias orientó sus actividades básicamente al fomento de la investigación concentrándose en la universidad y realizó dos inventarios generales o censos (1971, 1978) sobre los recursos destinados a la realización de actividades científicas y tecnológicas. En el campo de la salud solo financió proyectos según la oferta de los investigadores(147).

Dadas las funciones de Colciencias y de la Dirección de Investigaciones del MS, se fijó por norma la coordinación interinstitucional entre estas dos instituciones, con el fin de no duplicar actividades y actuar bajo una sola directriz con respecto a las acciones comunes según competencias. Sin embargo, al finalizar la década de los setenta, salud no contaba con un diagnóstico del potencial científico, no se había logrado estructurar un programa nacional, no se habían fijado políticas específicas para el área.

En el campo de las políticas públicas, los planes de desarrollo "las cuatro estrategias 1970-1974" y "el plan de integración nacional 1979-1982", trazaron directrices específica sobre investigación en salud pública. El primero contempló el fortalecimiento prioritario de la investigación aplicada, bio-social y operacional, como insumo básico para la organización y funcionamiento de los servicios de salud; el segundo consideró

^{2/} Con base en la reforma administrativa de 1968 y mediante el Decreto No. 2470 de 1968, se crea el Sistema Nacional de Salud y se designa al Ministerio de Salud Pública como cabeza del mismo. Posteriormente se reestructura mediante la Ley novena de 1973, con sus respectivos Decretos Leyes Nos.621, 654, 655, 673, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708 y 709 de 1974.

^{3/} Decreto No. 621 del 10 de abril de 1974, artículo 4°, modificado por el Decreto No. 121 de 1976, por el cual se revisa la organización administrativa del Ministerio de Salud Pública, artículos 5° y 22.

^{4/} Decreto No. 526 del 20 de marzo de 1975, por el cual se dictan las normas sobre los subsistemas de inversión, información, planeación, suministros, personal e investigaciones, artículos 29°, 30°, 31° y 32°.

^{5/} El Decreto No. 2869 del 20 de noviembre de 1968 crea a COLCIENCIAS como organismo adscrito al Ministerio de Educación Nacional, con personería jurídica pero sin autonomía administrativa y sin recursos propios. Posteriormente, el Decreto No. 1905 del 13 de noviembre de 1969, reconoce a COLCIENCIAS como establecimiento público, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

como líneas importantes la investigación sobre los problemas principales de salud y sus factores condicionantes, organización y funcionamiento del SNS y la producción de información como insumo básico para fundamentar las políticas y la investigación que se requiera. Esto se quedó a nivel de planteamientos, porque no se dio la voluntad política para hacerlo realidad.(147)

En síntesis, el período comprendido entre los años finales de los sesenta y la década de los setenta, se caracterizó por la organización de estructuras gubernamentales para el fomento de la investigación en salud. La formulación de las primeras directrices de política nacional. La definición de líneas de acción estratégicas para orientar la gestión de este campo de la ciencia, encausar los recursos hacia los proyectos de investigación que generen conocimiento sobre los problemas de salud pública más relevantes y a la búsqueda de soluciones. Este período se considero como el inicio del proceso de institucionalización de la investigación en salud y el despegue de la gestión de la investigación en salud pública, a pesar de la desarticulación entre los sectores de la salud, la educación y los investigadores.

5.3 DE LA PERTINENCIA DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA

La investigación en salud pública se concibió como un instrumento de conocimiento indispensable para la organización y funcionamiento del SNS, esto es, investigación aplicada a los servicios de salud, mediante estudios que permitan proponer alternativas de solución a corto y mediano plazo, estudios evaluativos periódicos que faciliten los ajustes requeridos por los programas, desarrollo de nuevas tecnologías o su adaptación y caracterización epidemiológica de los perfiles de morbilidad y mortalidad de la población. Todos ellos encaminadas a producir información que facilite a los decisores políticos, administrativos y técnicos, sustentar sus decisiones acordes con la realidad y las necesidades en salud previamente identificadas. Igualmente se dispuso la orientación de los recursos hacia el conocimiento de los problemas prioritarios de salud de la población y del SNS, en función de

lograr la meta de salud para todos en el año 2000 (APS).

En este contexto se planteó el debate sobre la pertinencia de la investigación en salud pública, debate que se repitió a lo largo de la década del ochenta en diferentes escenarios académicos, de administración pública y organizaciones no gubernamentales -ONGs, y que propició los diferentes diagnósticos que se realizaron sobre el quehacer científico en salud, con el fin de determinar dicha pertinencia.

El concepto de pertinencia fue muy amplio. Se entendió como la relación entre necesidades de salud, problemas de salud, problemas del SNS e investigaciones financiadas con recursos públicos. Racionalización del financiamiento: dada la escasez de los recursos, éstos deberían orientarse hacia necesidades o problemas prioritarios. Definición de prioridades de investigación para inducir la oferta de proyectos de la comunidad científica. Investigación con resultados aplicables a corto plazo para cotejar los tiempos entre producción de conocimiento y decisiones políticas.

En las Facultades de Salud Pública del país toma fuerza la corriente renovadora del pensamiento latinoamericano sobre una concepción más integral del fenómeno salud-enfermedad y su comprensión mediante el estudio de los factores de riesgo sociales e individuales asociados a este fenómeno y el aporte de las ciencias sociales a la salud pública.

La Dirección de Investigaciones del MS, siguiendo estas directrices orientó su quehacer hacia el reconocimiento de los grupos de investigación que generen conocimiento sobre la problemática de los servicios de salud, con el fin de difundir sus resultados y conocer la contribución de estos estudios en la organización y funcionamiento del SNS y su impacto en las políticas, planes y programas futuros de salud, y a su vez, realizar actividades de coordinación entre los sectores salud, educación e investigadores.

No obstante la organización institucional dada, no convergen las diferentes organizaciones gubernamentales en la torno a una propuesta coherente y concertada sobre una política nacional de investigación en salud son su respectivo plan y programas, situación que se materializa en la presentación simultánea en 1983 de tres pro-

puestas sobre áreas de interés para el desarrollo de investigaciones en salud formuladas por el Departamento Nacional de Planeación, Colciencias y el Ministerio de Salud(147).

Ante el vacío de conocimiento sobre las capacidades científicas existentes, se realiza el primer diagnóstico con base en los censos de Colciencias (1971 y 1978). Este trabajo es pionero y su aporte radica en el ordenamiento y clasificación de la investigación en salud por campos de aplicación, enfoque y problemas de salud, relacionando los temas de los proyectos con las causas de morbilidad y mortalidad por tipo de investigación básica y aplicada, ésta última referida a la clínica, servicios de salud y socio-médica. Por primera vez, a mediados de la década de los ochenta, el país conoció lo que se había hecho en la década anterior en materia de investigación en salud, quien lo había hecho y con que recursos(147).

Al finalizar la década de los ochenta, se realizó el estudio sectorial de salud, el cual incluyó un capítulo sobre investigación en salud. En este trabajo se compararon los datos del estudio anterior, con los recabados en el censo de Colciencias en 1982, los producidos por dicha entidad y por el MS durante la década en referencia, conservando la misma orientación metodológica del primer diagnóstico.(147) En términos generales las características y tendencias se conservan con una ligera variación en cuanto a financiación y recursos humanos. Los datos que se exponen a continuación son tomados de ambos estudios.

Entre los resultados encontrados se destacó salud como el segundo campo de aplicación de la ciencia superado por el de agricultura. En la década del setenta, la financiación provenía básicamente de los recursos propios de las instituciones que realizaban los proyectos de investigación, siendo muy baja la participación de los recursos externos y más baja aún la financiación aportada por Colciencias. En la década del ochenta la financiación provino en su mayor parte de dos créditos externos, el programa BID-Colciencias (1983-1988) y el préstamo BIRF-MS para el programa de desarrollo y consolidación del SNS (1985-1989), observándose una disminución en la participación del total del gasto en

ciencia y tecnología, perdiendo importancia frente a los otros campos de aplicación.

En la década del setenta, salud registró un total de 647 investigadores de un total de 3.404. Del total de investigadores en salud, solo el 9% registró el mayor nivel de formación, Ph.D, y el 18% magíster. Si bien en la década del ochenta aumenta el número de investigadores en salud (1.366), solo el 4% tenían Ph.D. y el 17% magíster.

Las instituciones que concentraron la mayor capacidad científica en cuanto a proyectos de investigación, investigadores y recursos financieros fueron las Universidades de Antioquia, Nacional de Colombia, del Valle y el Instituto Nacional de Salud.

En los años setenta predominó la investigación aplicada, sobresaliendo la investigación en salud pública. En los años ochenta se fortaleció la investigación básica-biomédica. El comportamiento de la investigación clínica fue similar en ambas décadas y concentró menos recursos que las dos mencionadas.

Los estudios epidemiológicos sobre nutrición, otras enfermedades infecciosas y parasitarias, digestivas, toxicología, embarazo, parto y puerperio, e inmunoprevenibles, fueron los de mayor concentración de capacidades científicas. En sistemas de salud predominaron los temas sobre organización, funcionamiento y recursos del SNS.

En básica-biomédica se destacaron los temas sobre microbiología, inmunología, genética, farmacología y endocrinología y, así como los estudios sobre zoonosis y tropicales y otras infecciosas y parasitarias. La investigación clínica se concentró en estudios sobre métodos diagnósticos y terapéuticos para la atención de las enfermedades del aparato genitourinario y circulatorio, sistema nervioso y órganos de los sentidos, zoonosis y tropicales.

LA INVESTIGACION EN SALUD EN LOS 70

La investigación en ciencias básicas y clínicas se desarrolla en forma más consistente a partir de los 70 cuando se instaura en las facultades de medicina el modelo de Flexner, que propone la formación en ciencias básicas y el aprendizaje en el laboratorio como requisito para la enseñanza clínica, dando paso al inicio y desarrollo de la investigación biomédica. Posteriormente prosperan los grupos de investigación básica y clínica apoyados por algunas fundaciones internacionales, que en opinión de algunos expertos se dedicaron a la práctica investigativa individualizada caracterizada por su desarticulación con el sector y la sociedad.

En 1975 se crea el sistema Nacional de Salud que introdujo cambios en la forma de prestación de servicios de salud. Se consolidan grupos alrededor de los estudios epidemiológicos y la investigación sobre los servicios de salud, lo que originó un incremento de la investigación aplicada sobre la básica clínica, principalmente a partir de los años 80.

Entre los años 70 y 80 los trabajos más destacados corresponden a estudios del proceso salud-enfermedad y de prácticas médicas en comunidades indígenas del país. También se elaboraron investigaciones sobre aspectos socioeconómicos e histórico-sociales de la salud y de las políticas de salud. Durante esta época los grupos de investigación de la salud en el país, se desarrollan por iniciativa propia o con el apoyo de fundaciones extranjeras. Algunos alcanzan cierto grado de consolidación (básica) y, otros inician el proceso de estructuración (investigación social). La mayoría de los grupos se consolidaron en torno a un investigador líder que no siempre está vinculado a la universidad.

En síntesis, se encontró una comunidad científica naciente y débil términos de formación académica; gran dispersión de recursos en múltiples proyectos; no se encontró relación entre los problemas más estudiados y las principales causas de mortalidad y morbilidad de población, aunque fue positivo el viraje hacia la comprensión de los servicios de salud. Si bien, se destacó la investigación en salud pública, su enfoque fue más cercano al conocimiento epidemiológico tradicional de las condiciones de salud, que a los factores sociales, económicos y culturales determinantes de ese estado de salud y del fenómeno salud-enfermedad. Se observó escasa participación de las ciencias humanas y sociales en las investigaciones desarrolladas.

Con base en el diagnóstico anterior, el estudio sectorial de salud, planteo cuatro problemas básicos de la investigación en salud, a saber: poca relevancia por la pérdida de financiamiento frente al resto de campos de aplicación de la ciencia y el bajo aporte a la solución de los pro-

blemas de salud prioritarios de la población y del SNS; de calidad, por la debilidad de la comunidad científica en cuanto a su formación de alto nivel, lo cual se refleja en la formulación de los proyectos y en el nivel conocimiento alcanzado; baja utilización de los resultados de la investigación, poca difusión y publicación de los mismos; falta de gestión por su escasa ingerencia en la formulación de políticas y toma de decisiones sectoriales, desarticulación institucional, poco desarrollo de instrumentos de planificación y control.(149)

Para superar estos problemas, por primera vez se propusieron políticas y cursos de acción, a saber: desarrollo de la investigación sobre servicios de salud en los diferentes niveles del SNS con énfasis en el nivel local y orientada hacia los problemas prioritarios de la población, a través de un proceso de concertación y fijación de prioridades y creación de un fondo financiero; formación de recurso humano de excelencia y desarrollo de la carrera de investigador con el fin

de consolidar una masa crítica; utilización de los resultados de la investigación, mediante la conformación de redes de información; coordinación intersectorial y participación de la comunidad científica para el fomento del trabajo interdisciplinario; cooperación internacional para incentivar el intercambio científico y la inserción en la comunidad internacional.(149)

investigación en salud pública a pesar de su escasa pertinencia frente a los problemas más importantes de la población y sus factores condicionantes, la pérdida de capacidades en cuanto a recursos financieros y humanos y la desarticulación entre los diferentes actores institucionales y sectoriales.

Esta década se caracterizó por la realización de diagnósticos, la ganancia de visibilidad de la

LA INVESTIGACIÓN EN LOS 80

En los años 80 se inicia el proceso de concertación en torno a una primera propuesta de desarrollo de un programa nacional de desarrollo Científico y Tecnológico en Salud, el cual no se concretó en un plan definitivo. El Ministerio de Salud y el Departamento Nacional de Planeación, buscando establecer criterios para la definición y formulación de una política de desarrollo científico y tecnológico en el sector, adelantaron en 1986 el Estudio Sectorial de Salud y dentro del informe de la Misión de Ciencia y Tecnología elaborado en 1990, se incorporaron unos capítulos sobre ciencias de la salud. En 1993 con ocasión de la creación del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología, el Ministerio de Salud y Colciencias impulsaron un proceso de consulta con las comunidades científicas con el fin de estructurar un programa nacional de Ciencia y Tecnología de la salud.

Como conclusiones a destacar en el Estudio Sectorial de Salud sobre el estado de la investigación en salud para los años 70 y 80,(150) se anotan:

- El aporte de ésta a la solución de los problemas de salud es mínimo por la baja concentración de recursos financieros y su poca relación con los programas y grupos poblacionales definidos como prioritarios dentro del perfil de morbilidad y sus condiciones de salud.
- Se considera de baja calidad con respecto a la aplicación del método científico, el alto porcentaje de devolución de proyectos de investigación rechazados, la baja producción de resultados, la poca existencia de incentivos para los investigadores y el predominio de las investigaciones descriptivas. Es notoria la deficiencia de laboratorios, equipos e información actualizada, la falta de integración operativa entre académicos y ejecutores y la escasa relación entre los investigadores y las redes internacionales.
- La baja utilización de los resultados de las investigaciones en salud que no generan impacto social y su poca difusión.
- El proceso de gestión gerencial de la investigación es de escaso desarrollo. No se concretan las políticas en programas y planes sectoriales. Se evidencia la desarticulación entre los distintos niveles decisivos a nivel ínter y extrasectorial en la ejecución de actividades tendientes al fortalecimiento del área científica y tecnológica de la salud.
- El Instituto Nacional de Salud concentra la mayor parte de sus recursos para la producción de conocimiento científico de alta calidad en el área biomédica; son muy reducidos los esfuerzos en epidemiología y servicios de salud, generando un grupo científico de desigual nivel de producción.

Como recomendaciones del estudio sectorial, se plantearon entre otras:

1. Desarrollo de la Investigación sobre servicios de salud con acciones como
 - Crear un fondo financiero que garantice infraestructura para e desarrollo de la investigación (Ministerio de salud, Colciencias, OPS, ISS)
 - Definir criterios de priorización para la asignación de recursos.
 - Crear e implantar redes de investigación sobre servicios de salud
 - Crear un premio nacional a la mejor investigación sobre servicios de salud.
 - Desarrollar y aplicar metodologías para identificar necesidades y prioridades de investigación en salud.
 - Mantener actualizada la información sobre el potencial científico.

2. Formulación y capacitación de recursos humanos para la investigación sobre servicios de salud y para el desarrollo de la carrera de investigador.
 - Hacer un inventario de las necesidades de recurso humano por área y niveles del Sistema Nacional de Salud
 - Concertar con el Ministerio de Educación, mecanismos de formación y capacitación.
 - Adecuar y ejecutar el plan de capacitación para el programa de desarrollo y consolidación del Sistema Nacional de Salud.

3. Utilización de los resultados de la investigación:
 - Realizar la concertación intersectorial e interinstitucional con Colciencias para lograr el sistema integrado de información científica
 - Crear en el nivel local centros de documentación
 - Establecer una red de intercambio entre investigadores nacionales e internacionales.

EL PROGRAMA NACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

El documento Programa Nacional de Investigación en Sistemas de Salud (151), fue el inicio de las actividades del programa Nacional de Investigación en Salud Pública y Sistemas de Salud que se desarrollo con el apoyo financiero de Colciencias y teniendo como sede de su secretaría ejecutiva la Universidad de Caldas. En el documento mencionado se hace un recuento sobre el papel de la investigación en salud, su definición y su importancia, bajo los siguientes lineamientos:

Ante la complejidad de los esquemas de atención en salud, producto del proceso de reforma del sector de la seguridad social en Colombia, el papel de la investigación adquiere una importancia en la definición de las políticas de salud y de desarrollo, así como también en la importancia de tener los decisores información que sustente el desarrollo de políticas, es decir información que sustente el accionar y la decisión. El campo específico, la investigación sobre sistemas de salud, se refiere al conjunto de recursos que moviliza una sociedad y sus instituciones para hacer frente a los principales problemas de salud de la población. Los servicios de salud se consideran como uno de los elementos principales de la respuesta general pero no son los únicos; la sociedad cuenta con mecanismos, no necesariamente ligados a los servicios de salud, cuya movilización es indispensable en el logro del objetivo de bienestar y mejor salud para todos: comportamiento individual, familiar y comunitario ante la salud y la enfermedad, hábitos de alimentación y estilos de vida, actitudes ante problemas sociales como el uso de sustancias tóxicas y la violencia, existencia de espacios de participación ciudadana en el análisis y solución de los problemas, entre otros. De ahí que la investigación sobre sistemas de salud no pueda circunscribirse únicamente al análisis de los servicios organizados para la atención en salud, debe necesariamente utilizar instrumentos propios de disciplinas tales como la epidemiología, las ciencias sociales y del comportamiento, la economía, la comunicación social, las ciencias jurídicas y aún las ciencias básicas como en el caso del desarrollo de técnicas diagnósticas y terapéuticas de importancia para los programas de control.

Para la época, la investigación en sistemas de salud se definió como “El estudio científico de la respuesta social organizada a las condiciones de salud y enfermedades en poblaciones.”(152)

LA MISION DE CENCIA Y TECNOLOGIA

El informe de la Misión de Ciencia y Tecnología de 1990 (153), al hacer referencia al estado de la investigación en el área de las ciencias básicas de la salud, señala que en el país se realizan con cierta regularidad estudios que han aportado elementos para la toma de decisiones y ejecución de programas. Sin embargo, aún se mantiene la distancia en la generación de hechos científicos y avances tecnológicos significativos.

En el momento del diagnóstico de la Misión, la mayoría de los hospitales públicos no contaba con tecnología de avanzada y estaban marginados de la actividad científica. Por su parte, los niveles técnico y científico de atención en el sector público sufrían deterioros dramáticos que a su vez incidían en las actividades médico-educativas.

Como factores que incidían en el estancamiento de la actividad científica y tecnológica se identificaron en ese momento los siguientes:

- La inoperancia de los sistemas de información permitiendo que la planificación de la salud se basara en estadísticas desactualizadas y poco confiables generándose subregistros de morbimortalidad.
- La distancia entre las autoridades que planifican la salud y la universidad encargada de formar recurso humano, manteniendo la preparación de profesionales con alto grado de especialización en detrimento de la formación de áreas básicas y sociales.
- La baja correlación de las investigaciones con el desarrollo económico alcanzado, así como su insuficiente número e integración con los problemas del sector

La Misión de Ciencia y Tecnología hizo algunas recomendaciones en similar sentido al estudio sectorial de 1986:

- Generar e impulsar un proceso de desarrollo científico y tecnológico en salud en función de las necesidades del sector y del país.
- Fortalecer la infraestructura científica y tecnológica en el sistema de salud.
- Desarrollar y fortalecer la capacidad innovadora del sector mediante la investigación y producción tecnológica.
- Crear condiciones favorables para el desarrollo de programas de investigación en salud

5.4 SISTEMA NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA

Los lineamientos del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de Colciencias, en 1993, incluía como líneas de acción, las siguientes:

- Promover la investigación científica y tecnológica en salud (básica, biomédica, salud y sociedad)
- Estimular el desarrollo y la consolidación de diferentes redes y núcleos de investigación.
- Contribuir a la búsqueda de soluciones para el mejoramiento de las condiciones de salud.
- Redefinir las grandes áreas problemáticas de investigación.
- Impulsar una mayor integración ente la investigación biomédica y las ciencias sociales.
- Consolidar la actividad científica en el sector a través del Consejo Nacional del Programa de Ciencia y Tecnología de la salud.

En el estudio en mención se aplicó una encuesta acompañada en la mayoría de los casos de una entrevista a líderes de investigación de instituciones privadas y públicas, universidades, centros de investigación, así como a grupos de investigación independiente, con el fin de definir líneas prioritarias y conocer la información requerida para garantizar el diseño de estrategias de investigación que permitan identificar las necesidades de las instituciones públicas y privadas en el campo de los sistemas de salud. El objetivo fue obtener información con el fin de fijar estrategias de investigación que reflejen las necesidades de las Universidades y que de respuesta a los requerimientos de la sociedad y del sistema de salud con el fin de definir líneas prioritarias de investigación y propiciar un trabajo coordinado.

Para la aplicación de la encuesta se hizo primero inventario de las instituciones que participaron en el “Primer Taller de identificación de acciones tendientes a la ejecución de un programa de investigación en sistemas de salud” realizado en la ciudad de Manizales en junio 1995. Así mismo, se tuvieron en cuenta otras entidades que presentaban desarrollo en este campo tanto de nivel universitario, como entidades independien-

tes de carácter privado. A un grupo de ellas una vez recibido el documento, se les solicitó una cita con el fin de realizar una entrevista personal, además de indagar sobre aspectos logísticos de la investigación en sistemas de salud, la organización de los recursos físicos, humanos y financieros para su desarrollo y su impacto en el sentido de dar respuesta a las necesidades tecnológicas, poblacionales, institucionales. De igual manera se evaluó el uso que ha tenido la investigación por parte de los organismos decisorios. Se consultó además cuáles deberían ser las áreas de desarrollo en el campo de la investigación en sistemas de salud, mecanismos de fortalecimiento de la capacidad investigativa, estrategias de multidisciplinariedad, principales temas para una agenda de investigación y su utilización como herramienta para la toma de decisiones.

Como aspectos relevantes de los resultados se destacan:

- Del porcentaje de investigación en sistemas de salud que se realizaba para la época, el mayor volumen (69.9%) se concentraba en la investigación de tipo epidemiológico. Sin embargo, se considera que la investigación en sistemas de salud es herramienta importante para aportar en el proceso de implementación de las reformas en salud.
- Se inicia la constitución de líneas de investigación en el área de los sistemas de salud.
- Se evidencia una tendencia al desarrollo de investigación en el área de salud pública.
- La Universidad del Valle y la Universidad de Antioquia, además de los proyectos de investigación en curso, han desarrollado otro tipo de iniciativas como el Centro de Estudios de Seguridad Social (U. de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública y el Centro de investigaciones en Epidemiología (Universidad del Valle) a través de la cuales se inscriben líneas de investigación.

El porcentaje de investigación orientada al campo de la promoción y la prevención es significativa (21.7%), probablemente fundamentada en el auge que la normatización da a los problemas de atención básica en salud, con los correspondientes procesos de descentralización a cargo de los entes territoriales.

Con relación a los mecanismos de organización y asignación de recursos para la investigación, los encuestadores describen varios modelos: un primer mecanismo es la estructuración de líneas de investigación y a conformación de grupos de trabajo con capacidad, experiencia en la temática. El segundo mecanismo es la consecución de recursos financieros, teniendo en cuenta para ello los intereses de las agencias financiadoras, caso de las entidades con carácter privado que realizan investigación. Las entidades de carácter universitario tienen asignado un porcentaje de su presupuesto al apoyo de la investigación.

Existen entidades de carácter privado e investigadores independientes que realizan investigaciones, mediante la modalidad de contratación con entidades territoriales: municipios, departamentos, entes territoriales de salud, que mediante la definición previa de los términos de referencia contratan la investigación.

Se destaca en los resultados como, a pesar de las limitaciones de índole financiero, no es este el principal obstáculo para el desarrollo de la investigación en el país. Según la información obtenida, sólo un 22 de los encuestados anotaron como limitante la de índole económico.

Los estudios realizados han buscado dar respuesta a necesidades de la población, enfocadas a aspectos epidemiológicos, identificación de grupos y factores de riesgo y estructura de morbi-mortalidad en el país. Se han incrementado los procesos de investigación en temas como la gestión hospitalaria, eficiencia y racionalidad en los recursos, y proyectos relacionados con la implementación de la reforma a la seguridad social en salud.

En este contexto merecen mención los siguientes puntos:

- Con fundamento en el estudio anterior y con el apoyo financiero de Colciencias- Universidad de Caldas se inició el *Programa de in-*

vestigación en salud pública y sistemas de salud

- Lineamientos de planes estratégicos de ciencia y tecnología de la salud(154)
- Evaluación: “Situación de la investigación de salud en Colombia” hacia el plan estratégico 2005 – 2009

En las últimas décadas La Ley 29 de 1990 y los Decretos 393, 585 y 591 de 1991, mediante los cuales se conforma el Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología, constituyen un avance importante en materia de política científica y tecnológica en el país. (155) De igual forma, la adscripción de Colciencias al Departamento Nacional de Planeación (Ley 29 1990), permite articular de manera más eficiente las actividades científicas y tecnológicas con los requerimientos y la problemática de los diferentes sectores de la vida nacional. Tanto en su concepción como en su acción, el Sistema ha operado como un sistema abierto, en el cual se reconocen como actores principales al Estado, a la comunidad científica, académica, universitaria y productiva. Desde el momento de su conformación, se ha procurado dar forma y contenido a dicho Sistema, a través de la institución de programas como la financiación de proyectos, la formación de recursos humanos y el apoyo a actividades de innovación y desarrollo tecnológico. En la concepción de estos programas han sido recogidas, entre otras, algunas de las recomendaciones de la Misión de Ciencia y Tecnología, convocada a finales de los años ochenta para reorientar el desarrollo de estas actividades en el país. La secretaría técnica del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología la ejerce Colciencias, y por tanto opera como una secretaría técnica del Consejo Nacional y de los respectivos Consejos de los Programas Nacionales de Ciencia y Tecnología. En esta última función, en los casos en que el Programa Nacional coincide con la existencia de un Ministerio del ramo, la secretaría técnica es ejercida conjuntamente.

En los cuatro primeros años de funcionamiento del sistema (1990-1994), fueron acometidos esfuerzos tendientes a la financiación de proyectos en el área de sistemas de información, fortalecimiento del recurso humano e inversión en infraestructura científica y tecnológica, especialmente. A finales de 1994, mediante el documento Conpes 2739 se aprueba la “Política Na-

cional de Ciencia y Tecnología 1994-1998”,(156) que tuvo por objetivo el fomento del desarrollo científico y tecnológico, como elemento clave de la política de internacionalización de la economía. Del Sistema nacional de Ciencia y Tecnología se derivó, en 1995, el Sistema Nacional de Innovación –SNI–, con el objeto de implementar una estrategia de desarrollo empresarial orientada a la generación de nuevos productos y procesos, a la adaptación tecnológica, a la capacitación avanzada de trabajadores y a la adopción de cambios en la cultura empresarial. Lo anterior, con el propósito de incrementar la productividad y competitividad de las empresas y del sector productivo nacional en su conjunto. Al SNI se involucraron nuevos actores como las empresas, los gremios de la producción, el Sena, la Superintendencia de Industria y Comercio, los centros de desarrollo tecnológico, las incubadoras de empresas de base tecnológica y los centros regionales de productividad, Bancoldex, Proexport, IFI, el Fondo Nacional de Garantías y la banca comercial, entre otros.

Teniendo en cuenta la necesidad de dar continuidad a los esfuerzos acometidos hasta el momento, y partiendo de la identificación de las fortalezas y las debilidades del sistema, el gobierno actual presenta un plan para el avance en las políticas, en el cual el eje central de sus estrategias está constituido por la articulación y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología

Las políticas que aquí se presentan forman parte de un conjunto de estrategias de desarrollo social, económico e industrial que articulan también otros esfuerzos de los distintos Ministerios, como es el caso de la Política para la Productividad y la Competitividad 3 (Mincomex), la Política Industrial para una Economía en Reactivación (Mindesarrollo), la Agenda de Conectividad (Mincomunicaciones), entre otros. El diseño de este plan, a su vez, se inscribe en el reconocimiento de las dificultades fiscales del país, que acentúan la importancia de una clara identificación de prioridades para la optimización de la inversión pública.

Como objetivos generales de la política de Ciencia y Tecnología se fijan tres:

- Fortalecer la capacidad del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología, ampliando su acción y repercusión en las dinámicas socia-

les, económicas y académicas del ámbito nacional y regional.

- Orientar los esfuerzos de consolidación de la capacidad de investigación y generación de conocimiento hacia temas estratégicos y críticos para el desarrollo del país y su competitividad global
- Fomentar procesos de articulación entre los sectores académico, público y privado, así como de apropiación y uso del conocimiento generado.

Como estrategias se determinan:

- Fortalecimiento institucional del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología
- Fomento de la investigación y de la generación de conocimiento para la solución de problemas nacionales y regionales
- Generación de una mayor capacidad de innovación tecnológica
- Fomento de la investigación y del desarrollo tecnológico agropecuario
- Articulación y consolidación de la investigación en medio ambiente y hábitat
- Formación de capital humano en Investigación y Desarrollo (I&D) en áreas estratégicas
- Incremento de actividades de apropiación social del conocimiento
- Optimización de los mecanismos de información, seguimiento y evaluación de las actividades en Ciencia y Tecnología.

La estrategia de financiación de proyectos de investigación debe estar dirigida a garantizar que la investigación establezca nexos claros con la solución de problemas nacionales, con criterios de calidad y pertinencia con respecto al avance científico nacional e internacional. Se concederá atención prioritaria a proyectos que coadyuven a la solución de problemas relacionados con los procesos de convivencia y paz.

- Centros y Grupos: Consolidación de la Comunidad Científica

El financiamiento por parte del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología de la actividad científica y tecnológica, además de dar prioridad a programas y proyectos de carácter estratégico para el desarrollo y promoción de la competitividad nacional, debe también privilegiar las actividades que se realicen en el contexto de nuevas formas

organizacionales necesarias para la consolidación de la comunidad científica tales como: redes de investigación e innovación, alianzas estratégicas entre centros de investigación, universidades y empresas, y programas y proyectos de investigación en los que participen en forma asociativa diversos grupos y centros.

- Regionalización de la ciencia y la tecnología

La política de fortalecimiento del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología contempla la estrategia de regionalización como un componente fundamental, a través del cual se vinculan los intereses locales y regionales en el logro de los objetivos de la política nacional de Ciencia y Tecnología. Las necesidades prioritarias, así como las fortalezas relativas de las distintas

regiones deberán reflejarse en todos los frentes de la política científica y tecnológica como son: su seguimiento y evaluación, la formación del capital humano, la investigación, la innovación tecnológica y su relación con el sector productivo, la popularización y la divulgación del conocimiento.

Finalmente se destaca en este documento los programas que conforman el Sistema Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico en el tema de salud, a saber: Ciencia y Tecnología en salud con las áreas de: Básico-biomédico, Clínico Epidemiológico, Salud pública, y otros campos relacionados como: Ciencias básicas, ciencias sociales, medio ambiente y hábitat y biotecnología.

UNA EXPERIENCIA PROGRAMA NACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA Y SISTEMAS DE SALUD

Coordinado a partir del año 1995 por El Doctor Silvio Gómez Arango y la profesora Alba Lucía Vélez Arango, contó con el apoyo financiero de Colciencias -Universidad de Caldas – Centro de Investigaciones para el Desarrollo del Canadá (CIID) y entidades de carácter nacional, departamental y municipal. Podría resumirse en lo siguiente el desarrollo y logros de este programa.

La mayor fuente de financiación del programa estuvo a cargo de Colciencias y la Universidad de Caldas; sin embargo, fueron muchas las entidades, nacionales e internacionales, que se vincularon a éste, facilitando la participación de sus funcionarios en las diferentes acciones, así como también financiando las investigaciones desarrolladas.

El programa pretendía contribuir al mejoramiento del estado de salud de los colombianos mediante el fomento, promoción y desarrollo de la investigación en salud pública y sistema de salud, y su utilización en la formulación, la implementación y la evaluación de las políticas sanitarias.

Sus objetivos específicos eran:

- Construir una agenda de investigación en Salud Pública y Sistemas de Salud que responda a las cambiantes condiciones demográficas y perfiles epidemiológicos de la población.
- Estimular y apoyar la ejecución de investigaciones en las líneas incluidas en la agenda.
- Estimular y apoyar la formación de una masa crítica de investigadores en las áreas de interés del programa.
- Promover la utilización de los resultados de las investigaciones en la formulación, ejecución y

evaluación de políticas de salud.

- Estimular y apoyar la publicación, difusión y utilización de los resultados de las investigaciones.
- Capitalizar y potenciar el esfuerzo de las entidades participantes con el fin de lograr un grupo de instituciones con programas sólidos de investigación y una cultura de trabajo en red.

La metodología del programa se fundamentaba en un proceso continuo y sistemático de liderazgo, coordinación conjunta de acciones con entidades de carácter nacional e internacional y grupos de investigación, tendiente a la conformación de una red que impulsara acciones de capacitación y desarrollo de investigaciones en el campo de la salud pública y los sistemas de salud.

Durante su vigencia, el programa desarrolló varias actividades entre las que se destacan las siguientes:

- Primer Taller de Identificación de acciones tendientes a la ejecución de un programa de investigación en Sistemas de Salud. Como resultado de este se identificó la necesidad de estructurar una propuesta del estado del arte en la investigación de sistemas de salud, en Colombia.
- Estudio: "Programa para la investigación en Sistemas de Salud"
- Desarrollo del "Segundo Taller de Consenso: Versión Final/ Programa de Investigación en Sistemas de Salud", el cual contó con la participación de instituciones docentes y de servicio del sector salud, se acordaron los puntos estructurales del nuevo programa.

En los dos años iniciales de trabajo de la red las actividades se concentraron en capacitar a los investigadores del área académica y funcionarios de los servicios de salud, mediante talleres que se basaron en la metodología de "Aprender-Haciendo" diseñada por un grupo de trabajo técnico con el apoyo del Centro Internacional para el Desarrollo (CIID) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS)³, que se utiliza con éxito en América Latina y en otras regiones del mundo. El propósito general de los talleres es capacitar a profesionales provenientes de las universidades y de los servicios de salud de distintas ciudades del país en los fundamentos teóricos y procedimientos utilizados en la investigación en servicios de salud. Se espera que los participantes se familiaricen con el papel de la investigación y se capaciten en la utilización del método científico y de la información en la toma de decisiones durante sus actividades docentes y/o de servicio.

La responsabilidad del plan de capacitación estuvo a cargo de la Universidad de Caldas, sede de la Secretaría Ejecutiva de la Red. La Universidad Industrial de Santander (UIS), la Universidad del Valle y la Universidad de Antioquia a través de la Facultad Nacional de Salud Pública contribuyeron facilitando la participación de profesores altamente capacitados en este tipo de talleres y cuyo aporte fue muy valioso en el desarrollo y ejecución de las investigaciones. Los profesionales adiestrados en los talleres sirven actualmente de multiplicadores en las actividades de investigación y de capacitación en sus áreas de trabajo.

Entre los logros del Programa se destacan los siguientes:

- Formación de una masa crítica de 50 investigadores en el campo de la salud pública y los sistemas de salud, consolidada a través de la participación de diferentes profesionales y entidades en los talleres de capacitación realizados.
- Desarrollo de once proyectos de investigación con grupos interdisciplinarios de instituciones universitarias y de servicio de: Bogotá, Cali, Bucaramanga, Medellín, Tunja y Manizales.
- Realización de una convocatoria nacional tendiente a apoyar cuatro proyectos de investigación relacionados con la reforma al Sistema Nacional de seguridad social en Colombia; como resul-

tado de ello se seleccionaron cuatro propuestas de investigación de grupos interinstitucionales (docencia - servicio) de Manizales, Bogotá, Medellín y Cali.

- Avances en la conformación de una red de investigación en sistemas y servicios de salud que hizo posible la participación en la convocatoria realizada por la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur y cuyo resultado fue la selección del estudio (ya finalizado) "Evaluación de la política de medicamentos en términos de accesibilidad y uso racional. Colombia 1999". Con un costo de US \$86.258.
- Realización del estudio "Impacto de la reforma a la seguridad social sobre oferta y demanda de servicios de salud - Manizales 1995 - 2001", mediante cofinanciación de la Universidad de Caldas, la Dirección Seccional de Salud de Caldas y el Comité Departamental de Cafeteros de Caldas.
- Varias reuniones de carácter nacional e internacional con sede en la Universidad de Caldas, entre las que se destacan: La reunión: "La investigación en salud en América Latina: un horizonte" con participación de Uruguay, Venezuela, Chile, México, Estados Unidos, Brasil, Colombia, febrero de 1996; el taller metodológico: Program on Equity - Oriented Health Policy. Análisis in Latin America, marzo de 1999 y el seminario/Taller Habilidades para la evaluación de la política pública de medicamento, en mayo 1999. Dirigido por la Universidad de los Andes.
- Intercambio con pares científicos nacionales e internacionales para la asesoría a las propuestas de investigación en curso.
- Formación de cuatro jóvenes investigadores.
- Formación de "facilitadores" con capacidad de replicar la experiencia de los talleres en distintos ámbitos, lo que ha permitido su realización en la Universidad Católica de Manizales, Instituto Nacional de Cancerología y Universidad Mariana de Pasto; en la actualidad cursa la propuesta para realizar un taller a docentes en la Facultad de Ciencias para la Salud de nuestra universidad.

El aporte realizado por Colciencias fue de aproximadamente \$330.555.000, lo que representó un importante esfuerzo para consolidar en el país las bases de la investigación en salud pública y sistemas de salud, la cual se constituye en la actualidad en un imperativo moral, ante las difíciles circunstancias por las que atraviesa el sector de la salud en el contexto de la reforma al sistema general de seguridad social.

Con sustento en el último contrato suscrito (487/1997) se realizaron las siguientes fases:

- Octubre de 1998 - febrero 1999. Proceso de preparación, revisión y selección de proyectos. Se recibieron en la Secretaría del Programa nueve proyectos, de los cuales uno fue retirado por los autores antes del proceso de selección. Los ocho restantes fueron enviados a revisión por pares y posteriormente fueron al Comité de selección constituido por profesionales representantes de las instituciones activas de la Red Nacional de Investigación en Salud Pública y Sistemas de Salud (RENISS). Fueron seleccionados los siguientes proyectos:
 - o Análisis de los servicios de salud dirigidos a los afiliados al régimen subsidiado en Cali. 2000".
 - o Evaluación de la calidad en la atención de los servicios Nutrición y Dietética, Fonoaudiología, Terapia Respiratoria y Fisioterapia en instituciones de 1º, 2º y 3º nivel de complejidad en la zona centro del Departamento de Caldas. 1999 - 2000".
 - o Satisfacción, oportunidad y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia".
 - o Evaluación de la cobertura en aseguramiento y accesibilidad a los servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Medellín. 1999 - 2000".
- Agosto 1999. Taller de ajustes a las propuestas de investigación seleccionadas. Tuvo lugar en la Universidad de Caldas, con la participación de 14 profesionales: equipos de investigación y facilitadores.
- Agosto 1999 - diciembre 2000. Realización de los proyectos.

- Agosto 2000. Seminario/ Taller de análisis de resultados y elaboración del informes finales. Se llevó a cabo en la Universidad de Caldas con la participación de 15 investigadores y 6 facilitadores.

La acogida de la convocatoria por parte de las universidades, la calidad de los propuestas y los resultados presentados y el cumplimiento de los términos de referencia evidenciaron la existencia a nivel de las instituciones de un grupo con vocación de investigación e interés en el campo del seguimiento de la reforma sanitaria en el país.

Como fase final del contrato 487/1997 se realizó la investigación "Utilización del programa de promoción y prevención en las EPS y ARS de Manizales 2001", previa conformación de un grupo de investigadores de la Universidad de Caldas y de la Secretaria de Salud de Manizales. Esta investigación también generó un artículo en la Revista Colombia Médica.

5.5 PLANES ESTRATÉGICOS DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA DE LA SALUD: LINEAMIENTOS

5.5.1 Plan estratégico 1999-2004 COLCIENCIAS

Se debe hacer un análisis de lo contemplado en los planes estratégicos, Que énfasis ha tenido la investigación en salud pública y sistemas de salud, y cuales son los problemas abordados por este tipo de investigación(157)

La colección de los planes estratégicos de los Programas Nacionales de Ciencia y Tecnología que el Sistema pone en circulación con la presente publicación, es el resultado de un trabajo de consulta, convocatoria y reflexión, de más de dos años, en el que están involucrados la diversidad de actores que participan activamente en la tarea de mantener viva la actividad científica y tecnológica en el país.

En el campo de la investigación en salud cobra un interés especial puesto que orienta y encamina el quehacer en sus diferentes tópicos y determina las prioridades y metas hacia las cuales se debe orientar.

El Plan 1999- 2004 se diseñó teniendo en cuenta la problemática del sector salud y para el

efecto se identificaron las diferentes transiciones: transición de la salud: transición demográfica, transición epidemiológica y transición del sistema de salud, estos factores acompañados de la recesión económica, el deterioro del ambiente y el escaso beneficio que la sociedad colombiana ha obtenido de los avances científicos y tecnológicos de las ciencias de la salud, permiten identificar nuevas necesidades y nuevos problemas, a los cuales debe dar respuesta la investigación en el campo de la salud.

Punto importante de una política de investigación es partir de la detección de necesidades del entorno y plantearse hasta que punto la investigación puede dar respuesta en la búsqueda de alternativas de mejoramiento.

Como aspectos importantes del plan estratégico 1999-2004 se destacan consideraciones como las siguientes, que tienen actualmente plena vigencia en la identificación de necesidades y prioridades de investigación en salud pública y sistemas de salud.

- Los desafíos que origina el proceso de modernización de la sociedad colombiana durante los últimos veinte años por sus implicaciones para el bienestar y la calidad de la vida de los colombianos en el próximo milenio.
- La salud y los avances científicos y tecnológicos de las ciencias de la salud, componentes importantes del desarrollo económico, adquieren un carácter relevante en el complejo conjunto de los factores sociales que inciden en las condiciones de vida de una población.

La investigación y el desarrollo tecnológico en salud son componentes esenciales del rol que jugará la salud en el futuro mediano y en el próximo milenio, por lo tanto, su ámbito y su quehacer deben ser acordes con los cambios en el entorno y al interior del Sistema de Salud, como respuesta organizada a los grandes retos o desafíos que enfrentará la sociedad colombiana en el futuro en materia de salud.

Los cambios en el entorno están determinados por: la transición de la salud (demográfica y epidemiológica); los avances científicos y tecnológicos de las ciencias de la salud y otros campos (genética, biología molecular, inmunología, química combinatoria, neurociencias, telemática, cibernética, imagenología, entre otros); y el medio ambiente (físico, social, económico, cultural y político).

Los cambios al interior relacionados con la transición del Sistema de Salud, implican la búsqueda de nuevas respuestas en función de los servicios de salud, en términos de: equidad y universalidad (acceso, cobertura), efectividad (calidad y costos) y eficiencia (utilización de la tecnología médica y de los recursos disponibles).

En este contexto se define el ámbito y el quehacer de la investigación y del desarrollo tecnológico en salud. El ámbito se enmarca en el paradigma multicausal del fenómeno de la salud, de acuerdo con los conceptos de campo de salud y de historia natural de la enfermedad. El quehacer se entiende como el resultado de las relaciones entre la ciencia, la tecnología y los problemas de salud, como respuesta organizada para la generación y utilización del conocimiento.

Las actividades científicas y tecnológicas en el área de la salud son procesos complementarios en la búsqueda de respuestas sobre el fenómeno salud-enfermedad.

La investigación en salud es la generación de conocimiento sobre la compleja interacción de los factores biológicos, ambientales, comportamentales y de servicios de salud (enfoque biopsico-social) que determinan el fenómeno de la salud, en función de la heterogeneidad de los perfiles de salud-enfermedad de la población colombiana.

El desarrollo de la capacidad tecnológica y su aplicación debe responder a los procesos de

promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento oportuno, reducción de la discapacidad y rehabilitación.

La concepción de la investigación y del desarrollo tecnológico en el contexto del paradigma multicausal, implica ampliar el espectro del fenómeno de la salud más allá de lo biomédico y clínico y modificar los énfasis, con el fin de comprender mejor las interacciones de los múltiples factores y sus diversos pesos relativos, identificar las intervenciones más eficaces y los costos más efectivos, para contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de la población y al logro del derecho a una vida sana.

Esta visión integral requiere el desarrollo de cuatro enfoques prioritarios de investigación: básica/biomédica, clínica, epidemiológica y sistemas de salud, en función de los problemas de salud (enfermedades transmisibles; enfermedades no transmisibles, crónicas y degenerativas; violencia y trauma, servicios de salud). Igualmente requiere la contribución de las disciplinas científicas sociales (economía, sociología, antropología, ciencia política), desde la perspectiva de la salud pública, en los diferentes escenarios que condicionan los sistemas de salud (demográfico, epidemiológico, pobreza, medio ambiente, estilos de vida, políticas saludables).

La concepción anterior incluye todas las disciplinas científicas relacionadas con la salud. Requiere una fuerte contribución de la epidemiología, de las ciencias sociales y del comportamiento, sin detrimento de las disciplinas básicas y clínicas.

Sin duda, los aspectos contemplados en el contexto de la salud en este plan estratégico y su caracterización tienen también toda la aplicabilidad actualmente como factores condicionantes de la salud en Colombia, puesto que se contextualiza la salud como un componente importante del desarrollo económico, con carácter relevante en el conjunto de factores sociales que inciden en las condiciones de vida de las poblaciones y señalan los grandes retos o desafíos que enfrentará la sociedad colombiana en el futuro en materia de salud, resaltando la importancia de que a través de la investigación se den respuestas concretas a la problemática de salud en el entorno que la determina.

El documento contempló, en primer lugar, un análisis descriptivo de las tendencias y desafíos de la investigación en salud. Contiene una síntesis sobre el panorama global latinoamericano y se centra específicamente en el análisis del caso colombiano, mediante la caracterización del entorno socioeconómico, los desafíos de la salud y las oportunidades de la investigación, la evolución del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud en el período 1991 - 1996, sus resultados e impacto.

En segundo lugar, presentó el Plan Estratégico para el período 1997 - 2002. El cual incluyó visión, misión, objetivo general y objetivos específicos, áreas estratégicas críticas y propuesta para la elaboración de una agenda de investigación.

Finalmente se consideran las estrategias para la implementación del Plan, en términos de estructura organizacional y de coordinación, financiación, seguimiento y evaluación.

El Plan fijó inicialmente el ámbito y quehacer de la investigación y desarrollo tecnológico en salud con base en los siguientes aspectos:

Consideró igualmente que los aspectos contemplados en el contexto de la salud en este plan estratégico y su caracterización tienen también toda la aplicabilidad actualmente como factores condicionantes de la salud en Colombia, puesto que se contextualiza la salud como un componente importante del desarrollo económico, con carácter relevante en el conjunto de factores sociales que inciden en las condiciones de vida de las poblaciones y señalan los grandes retos o desafíos que enfrentará la sociedad colombiana en el futuro en materia de salud, resaltando la importancia de que a través de la investigación se den respuestas concretas a la problemática de salud en el entorno que la determina.

Como factores relevantes se citan: la transición demográfica, epidemiológica y de los sistemas de salud. Estos fenómenos son de contraste por cuanto, hay una estrecha relación entre la pobreza y la distribución del ingreso, los desequilibrios estructurales que enfrenta el mercado laboral, cambios estructurales en el patrón de población y las características del entorno.

Transición epidemiológica condicionada en parte por la transición demográfica: el enfoque medi-

calizado y hospitalario de la salud y necesidad creciente de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Sigue siendo válido como factores condicionantes lo anotado en el esquema de la página 23 del Plan Estratégico de Ciencia y Tecnología de la salud 1999-2004. (Figura 1: Transición de la salud)(158)

La transición demográfica y epidemiológica implica cambios en la estructura etárea de la población, en el perfil de la enfermedad, en la demanda y oferta de servicios de salud, lo que a su vez, unido a los altos índices de pobreza y desempleo, al creciente proceso de urbanización y deterioro del ambiente físico y social genera nuevas necesidades y nuevos problemas que deben ser respondidos por el sistema de salud.

Es importante destacar que el plan anterior fue evaluado en el transcurso del año 2004 y plasmados sus resultados en el documento, del cual se transcriben aspectos relevantes.

5.5.2 Evaluación de la situación de la investigación de salud en Colombia: Hacia el plan estratégico 2005 – 2009

Este documento ha sido preparado con base en las conclusiones de las mesas de trabajo del Foro Nacional, llevado a cabo en Bogotá, D.C. los días 3 y 4 de Junio, para facilitar la preparación del Plan Estratégico de Investigación en Salud para el quinquenio 2005 – 2009, en el marco del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud y que servirá de base para la discusión y ampliación a través de los mecanismos que ofrece la Red Caldas, creando un espacio en la WEB, para ampliar la participación de los actores que se deben vincular a la formulación del Plan, reforzada en algunos casos con Foros a nivel regional, así poder obtener un producto final que defina con mayor precisión los elementos del Plan, estableciendo también un mayor compromiso de los interesados.

La vinculación al Foro virtual se hizo por inscripción previa de los interesados.

A continuación se presenta una síntesis de los resultados de cada taller.

Se abordó la discusión con base en los siguientes puntos:

- Hacia la equidad y prioridad en la investigación en salud
- Hacia una mayor capacidad y competencia de los investigadores en salud
- Hacia la consolidación de los actores, sectores y comunidades científicas en salud.
- Hacia el fortalecimiento de una red de investigación en salud que responda al desarrollo de las Unidades de Investigación cubriendo las distintas regiones del país
- Líneas de acción propuestas en el Plan Estratégico 1999-2004.

Hacia la equidad y prioridad en la investigación en salud

Se observó que los alcances de las acciones y decisiones obtenidos en la priorización se pueden tener más a nivel de política central de

COLCIENCIAS que a nivel de los entes regionales, predominando las relaciones entre esta entidad y los centros y grupos de investigación, y una relación casi nula de los entes territoriales - Secretarías de Salud, y los centros y grupos de investigación. Así mismo, las respuestas tampoco hacen referencia a logros obtenidos, a pesar del grado de concreción que presentan las metas en su formulación.

Aun cuando se tiende a manifestar la pertinencia de la estrategia y sus componentes, se cuestiona directa o indirectamente su eficacia y la de sus componentes, lo cual es de suponer esta relacionado en alguna forma con la situación antes mencionada.

Surge incluso en los planteamientos del grupo de la Región Centro, un tema que invita a ser propuesto como objeto para un estudio, acerca del comportamiento de la investigación antes y una vez entrada en vigencia la Ley 643 del 2001, en que se destina el 7% de las rentas del monopolio de juegos de suerte y azar asignadas al sector salud, al Fondo de Investigación en Salud.

Este estudio permitiría abordar diferentes variables para conocer, no solamente los efectos de la Ley en la investigación en salud, sino trascender a otros aspectos que orienten las políticas del Fondo y faciliten el establecimiento de mecanismos de acción e indicadores de seguimiento e impacto a la investigación en Salud y de sus distintos actores y cumplir con la Meta 7, de la Estrategia 4, que propone un “diagnóstico sobre el financiamiento de las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud en los últimos 10 años”.

Aparecen identificados como factores críticos para el desarrollo de la estrategia, sus objetivos y metas en primer lugar la comunicación entre los distintos actores, que se califica como deficiente, e incluye la poca divulgación de resultados. Otro factor considerado crítico es la escasa continuidad de políticas y acciones, tanto en los entes territoriales, como al interior de universidades, centros y grupos de investigación.

Para el Plan 2005 – 2010 se registra como necesario reforzar la regionalización considerando las características propias de cada región para la asignación de recursos; mantener las políticas de fortalecimiento de los grupos actuales, como

la de promoción de nuevos, así como la creación de mecanismos que faciliten la interacción entre los distintos actores. Se registra también la consecución de recursos de distintas fuentes, tanto de entes públicos como del sector privado, y se resalta la importancia de lograr también la modificación del techo que limita la asignación de los recursos actuales del Fondo.

Respecto a las áreas de salud objeto de investigación que se consideran relevantes por ser poco desarrolladas en la región, se encuentran las registradas en el Plan vigente con algunas precisiones, y se cita como nueva “los modelos de ventas al exterior en el marco de las negociaciones internacionales”.

Hacia una mayor capacidad y competencia de los investigadores en salud

La información registrada en las respuestas a los cuestionamientos de la guía preparada para la evaluación de esta estrategia, objetivo y metas reconoce logros en varios aspectos, salvo en la Región de la Amazonía y Orinoquía.

Algunas regiones señalan como exitosa la estrategia de jóvenes investigadores, como también los logros en estudios de posgraduados a nivel de maestrías y doctorados, lo cual está principalmente asociado a las políticas de las universidades y centros de investigación en cada región. Se registra también resultados en los inventarios de investigadores.

En todas las regiones se estima insuficiente el recurso humano en investigación, con referencia particular a distintas áreas o campos, incluyendo algunos sobre los cuales no existe oferta particular de formación como es la gerencia de investigación en salud, o en medicinas tradicionales, o que se encuentra enmarcada en ciencias o disciplinas que en el país poco promueven los temas relacionados con la problemática objeto de estudio en salud.

De otra parte, a pesar de la pertinencia que puede tener la estrategia y los elementos que la concretan, se identifican además de las insuficiencias anotadas en el anterior párrafo, las carencias de incentivos para garantizar el retorno de quienes se forman en el exterior y la per-

manencia de quienes se vinculan al desarrollo de la investigación en salud, incluyendo los de tipo tecnológico.

Es así como se identifican como factores críticos para esta estrategia la ausencia de políticas y mecanismos de largo plazo, que garanticen la repatriación y permanencia en las regiones de los recursos formados, siendo necesario en correspondencia a ello mejorar la inversión y oferta nacional de maestrías y doctorados, fortalecer las redes de investigación y comprometer a instituciones y centros de investigación en políticas y programas de largo plazo.

Así mismo, con los dispositivos que se han venido estableciendo y otros nuevos para apoyar la formación de investigadores, tanto en programas de educación formal en todos los niveles, como en otras alternativas, incluyendo las relacionadas con los mismos espacios de investigación a nivel de grupos, centros y redes.

Los grupos identificaron áreas y campos de investigación en que se han venido desarrollando competencias y capacidades en cada región, generalmente relacionadas a centros y grupos de investigación establecidos al interior de instituciones universitarias en los distintos departamentos. Se registra como importante establecer alianzas entre universidades y centros de investigación, de distintos departamentos y regiones, así como también el avanzar en enfoques interdisciplinarios para abordar problemas de investigación en que confluye y tienen para aportar distintas ciencias y disciplinas.

Además de algunas áreas y temas tradicionales de investigación que se consideran deben ser fortalecidas en las distintas regiones, se propone trabajar sobre la capacidad de convertir en productos lo que se desarrolla en las investigaciones, así como la obtención de patentes.

Finalmente se considera que para abordar los requerimientos de investigación a nivel regional es necesario vincular tanto al sector público, como privado, representado en diferentes instituciones y agentes

Hacia la consolidación de los actores, sectores y comunidades científicas en salud

En esta estrategia se concretan en su objetivo, pero especialmente en las metas propuestas, un conjunto de acciones que en su ejecución concurren elementos de los otros componentes del Plan Estratégico de Investigación en Salud 1999 – 2004, revalidando consideraciones ya hechas y expresando nuevas, tanto respecto a los resultados que se han obtenido, como acerca de limitaciones o sugerencias a incorporar en el Plan 2005 - 2010.

En primer lugar se identifican logros a nivel regional, e incluso nacional, donde incluso los resultados de algunas de las experiencias de investigación han sido incorporadas a prácticas que responden directamente al manejo, control, prevención y tratamiento de situaciones o problemas de salud, en distintas áreas.

A pesar de ello, algunos grupos señalan deficiencias o inadecuación respecto a los mecanismos de difusión propuestos y al alcance que estos tienen en las audiencias o sectores que deberían impactar los avances y resultados de las investigaciones.

Se presentan algunas experiencias de comunicación y encuentro producidas en algunas regiones para divulgar y crear espacios de comunicación entre diversos actores, como es la semana de socialización de resultados y experiencias de investigación en Risaralda; pero en general se anota que las formas de comunicación generalmente son incipientes e informales, así como la capacidad de articulación entre diferentes actores del sector salud.

Se valora la pertinencia de la estrategia y sus componentes, pero también se resalta su bajo desarrollo e implementación; razón por la cual se proponen diferentes ideas y acciones para mejorar los mecanismos y espacios de comunicación entre los distintos actores incluyendo la comunidad. Las relaciones sector oficial de la salud - entes territoriales y academia-investigadores se consideran claves para establecer prioridades y facilitar la trascendencia que se espera.

COLCIENCIAS debe plantearse estrategias y metodologías que produzcan una mayor aproximación entre los distintos actores y divulgación de resultados. Así mismo ilustrar acerca de competencias, propiedad intelectual, derechos de autor y patentes.

De otra parte, implementar políticas y mecanismos que faciliten las alianzas entre instituciones e investigadores, como también buscar la vinculación de investigadores colombianos que se encuentran radicados en el exterior, en proyectos de investigación en el país.

Al formular opciones sobre la canalización de recursos de diferentes fuentes a proyectos de investigación, se plantean alternativas referidas a las distintas entidades que se integran en el Sistema de Seguridad Social en Salud en el marco de la Ley 100 de 1993, con puntos que se reiteran en varias oportunidades en Foro, lo cual invita al desarrollo de una evaluación objetiva acerca de los temas referidos, que van más allá del aporte de recursos financieros. Los resultados de esta evaluación permitirán definir con mayor claridad elementos del Plan de Investigación en Salud.

Hacia el fortalecimiento de una red de investigación en salud que responda al desarrollo de las Unidades de Investigación cubriendo las distintas regiones del país

El último elemento estratégico del Plan 1999 – 2004 se concreta en propuestas referidas a la implementación de la red de investigación a nivel nacional, mediante la ejecución de diversas acciones dirigidas a este fin.

Las declaraciones de los distintos grupos de trabajo registran que salvo casos particulares de centros y grupos de investigación que han establecido contactos y mecanismos de interacción, con otros centros o grupos de investigación tanto en el país, como del exterior, los avances en esta estrategia son reducidos, y se cita por el contrario casos como la red de los laboratorios de salud pública, que por el desmonte de estos, ha sido desfortalecida. Se formularon orientaciones y propuestas de acción para avanzar en el sentido las formuladas en el Plan actual.

Las actividades dirigidas a la difusión y mantenimiento del Plan, en un propósito de socialización del mismo, el trabajo de coordinación con los entes territoriales, la implementación de los Centros de Excelencia que jalonan la investigación y conformación de redes en campos que se ha venido avanzando con resultados positivos, la vinculación del sector privado a través de diferentes estrategias y mecanismos de ley, se presentan como aportes con este propósito.

5.5.3 Líneas de acción propuestas en el Plan Estratégico 1999-2004.

Finalmente se planteó la evaluación de los resultados que se especificaban en las líneas de investigación que COLCIENCIAS ha venido apoyando con anterioridad al año de 1999, como son malaria, leishmaniasis, chagas, paracoccidiodomicosis entre otras, y las propuestas a nuevos temas y líneas en las distintas áreas, así como el observatorio de la salud orientado hacia el SGSSS.

Posiblemente por factor tiempo el análisis a los cuestionamientos planteados en la guía de trabajo fue reducido, y fue atendido principalmente por los integrantes del Grupo de la Región Sur, la Región Centro y en algunos aspectos del la Región Oriente y del Eje Cafetero, ésta última registrada en forma de introducción general en los reportes de trabajo.

Se encuentra disparidad en las observaciones sobre logros en las líneas de acción entre los distintos grupos, aparentemente relacionada con la experiencia directa de quienes participaron en las mesas de trabajo y su posible vinculación a las áreas o temas de investigación.

Las líneas de investigación se consideran pertinentes para la problemática de la región en los grupos que respondieron, pero insuficiente en su desarrollo y se plantean interrogantes acerca del alcance a problemática regional de mayor especificidad en la forma como se hace la convocatoria anual, o de aceptación de nueva temática, sobre la cual en algunos casos se hace referencia. Así mismo se manifiesta lo reducido de los recursos de financiamiento y la existencia del techo presupuestal.

Se hacen propuestas hacia la apertura hacia nuevas líneas y temáticas, con reforzamiento de lo regional, incluso para corresponder a los aportes que los departamentos hacen a COLCIENCIAS (Fondo de Investigación en Salud). Se debe considerar la formación de investigadores, el fortalecimiento de los centros y grupos de investigación y la participación de los distintos sectores de la sociedad.

5.6 FACTORES CONDICIONANTES DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA Y POLÍTICAS SANITARIAS EN COLOMBIA

Como factores condicionantes se consideran actuales los identificados como de intervención en el Plan estratégico 1999 – 2004 del Sistema de Ciencia y Tecnología de la salud (Colciencias) así como también los identificados en la publicación “Prioridades en la investigación de la salud colectiva en América Latina”. (159)

Como apartes de esté último se anotan:

- Apropiación del objeto de estudio de la salud pública y su entendimiento actual como de crisis epistemológica, teórica y metodológica: una crisis paradigmática. Un signo de esta crisis es su imposibilidad de referirse concretamente al objeto salud; el objeto de la salud pública se refiere de hecho a la “enfermedad colectiva”, concebida de manera parcial y residual, como el riesgo y sus factores. La ciencia contemporánea viene generando una serie de elementos epistemológicos y metodológicos que se agrupan bajo el título genérico de “nuevo paradigma”. La teoría de la complejidad es el eje que unificaría parcialmente las diversas contribuciones a este nuevo paradigma científico.
- En un plano teórico, muchos autores señalan la importancia estratégica de la construcción del objeto de la salud pública. Este formaría parte de una nueva familia de obje-

tos científicos, construido en cuanto objeto totalizado y complejo.

- En la esfera metodológica, existen posibilidades interesantes de inseminación de las estrategias extensivas de investigación con técnicas cualitativas (hibridación metodológica). Además puede esperarse una valoración de estrategias que hasta ahora carecen de prestigio, como las etnográficas, los estudios de caso y los estudios epidemiológicos agregados o ecológicos, mientras pierde valor la inferencia estadística en tanto fuente de legitimación analítica para la epidemiología. Aquí es importante destacar otras tendencias (Salud pública basada en la evidencia como una transferencia tomada de su aplicación en los ensayos clínicos aleatorizados o los estudios observacionales lo que dio lugar al campo de la salud pública e intentar que las decisiones en salud pública se basen en la evidencia con un incremento paulatino del interés en las bases científicas de las decisiones que pueden afectar la salud de las poblaciones. La Organización Mundial de la Salud promueve un acercamiento a la generación y diseminación de la evidencia para todos los cuatros usos que incluyen los siguientes principios: validez, confiabilidad, comparabilidad, consulta y auditoria(160). La evidencia puede ser usada para, al menos, cuatro propósitos: 1) Toma de decisiones estratégicas. 2) Implementación o manejo de programas. 3) Monitoreo de resultados. 4) Evaluación de lo que funciona y lo que no.

Los tipos de investigación que se asocian con la salud pública basada en la evidencia incluyen diferentes tipos de estudios, los cuales se categorizan según el tipo de pregunta que pretenden responder y la evidencia para la salud pública basada en la evidencia puede incluir los siguientes tipos de estudios (definiciones adoptadas del diccionario de epidemiología y de investigación cualitativa)

- Descriptivo: para identificar y clasificar las variables de los grupos o categorías
- Taxonómico: para clasificar y comparar las variables en grupos relacionados o categorías.

- Analítico: para analizar las asociaciones entre variables: hipótesis causales o terapéuticas.
- Interpretativo: para identificar y explicar significados, usualmente de una perspectiva particular.
- Explicativos: para hacer las observaciones inteligentes y comprensibles.
- Evaluativa: para determinar la calidad, a menudo ocupándose de la relevancia, efectividad y consecuencias de las actividades. Algunos proponentes de la practica basada en la evidencia adoptan una mayor especificidad en el tipo de investigación que contribuye a la evidencia. Brownson et al, categoriza dos tipos de evidencia:

Tipo 1. es la investigación que describe las relaciones de riesgo de enfermedad e identifica la magnitud, severidad y preventibilidad de los problemas de salud pública. Este tipo de evidencia enfatiza lo que debe hacerse.

Tipo 2: identifica la efectividad relativa de las intervenciones específicas dirigidas hacia un problema. Este tipo de evidencia puede ayudar a determinar lo que estaría hecho(161)

En síntesis, hay cuatro términos clave para el reconocimiento de las aperturas hacia un nuevo paradigma en la Salud Pública: la transdisciplinariedad, la complejidad, la pluralidad y la praxis.

Esta renovación propiciará nuevas formas de conceptualizar y medir la salud y ayudará a construir modelos explicativos con vistas a identificar “puntos sensibles” donde se potencie la intervención sobre la situación de salud. Es necesario poner a la salud pública más allá de los viejos paradigmas de la causa y del riesgo.

Plantea la publicación como desafíos y a la vez asuntos que pueden ser intervenidos mediante la investigación los siguientes:

- La transición en salud
- Estilos de vida y modernidad en salud
- Pobreza y salud
- Relación entre pobreza y salud
- Medio ambiente y salud

- La investigación en salud pública y sistemas de salud a la luz de las reformas.

La transición en salud: La teoría de la transición epidemiológica, derivada de la teoría de la transición demográfica, intenta explicar los cambios en los patrones de salud y enfermedad de las poblaciones a partir de las dinámicas demográficas, económica y social. El crecimiento poblacional, las migraciones campo ciudad, la industrialización y la urbanización serían los determinantes directos de los cambios sanitarios.

América Latina está sufriendo rápidos cambios en los perfiles de salud de su población, caracterizados por una disminución de las patologías propias del subdesarrollo y el incremento de las enfermedades predominantes en los países industrializados.

Las tendencias permiten pronosticar que el sistema de salud deberá enfrentarse a una creciente población de ancianos, discapacitados y crónicos, con patologías que hasta el momento se

combaten con tecnología de alto costo y recursos humanos muy especializados. Además es presumible que se incrementen los padecimientos derivados de los problemas ambientales, las fármaco dependencias y, en general, los estilos de vida que caracterizan a la modernidad.

Los perfiles de las instituciones de salud es decir, sus programas, estrategias y practicas están delineados, en esencia por tres tipos de factores: los económicos y sociales, los epidemiológicos y la disponibilidad de recursos. En consecuencia las transiciones demográficas y epidemiológicas generan transiciones institucionales.

Tabla 1. Resumen del Plan estratégico 1999-2004 del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud.

Problema	Estrategias y Metas
<p>Desarrollo desigual de la investigación y desequilibrio entre las diferentes modalidades del conocimiento que concurren en la génesis de los procesos de salud y enfermedad.</p>	<p>Estrategia: Definición de prioridades de investigación y desarrollo tecnológico en función de los problemas mas importantes del país. Metas: 1) Concertar líneas estratégicas de investigación, innovación, etc. 2) Realizar cuatro convocatorias públicas para la ejecución de proyectos de investigación en las líneas prioritarias. 3) Generar y consolidar programas estratégicos que aborden problemáticas locales en el contexto de las líneas prioritarias definidas. 4) Continuar el apoyo a las actividades tradicionalmente financiadas.</p>
<p>Baja representatividad en la comunidad científica en salud de investigadores con doctorado. Reducida presencia de los entrenados en salud pública, ciencias sociales y humanas, económicas y administrativas y otras áreas del conocimiento. Escasa oferta doctoral para formación de investigadores de excelencia.</p>	<p>Estrategia: Motivación hacia la carrera de investigador desde el pregrado, hacer énfasis en la formación doctoral especialmente en salud pública, epidemiología social, epidemiología clínica y sistemas de salud. Metas: 1) Realizar y mantener actualizado el inventario del recurso humano. 2) Mantener y aumentar en el término de 5 años el número de investigadores con doctorado o maestría en salud pública. 3) Aprovechar los centros de investigación de excelencia para que formen nuevos investigadores en las disciplinas académicas de su especialidad. 4) Concertar con las Universidades que tienen programas de salud la vinculación de jóvenes investigadores desde el pregrado a proyectos de investigación. 5) Propiciar que el servicio social obligatorio pueda ser realizado en instituciones de investigación. 6) Apoyar los programas de especialización, maestría y doctorado mediante la financiación de proyectos de investigación. 7) Apoyar programas estratégicos de desarrollo científico y tecnológico mediante la realización de talleres, cursos cortos y pequeños proyectos de investigación sobre problemas locales de salud. 8) Establecer la carrera de investigador en salud</p>
<p>Predominio de la producción individual sobre la producción en colaboración y la producción asociada a proyectos. Ausencia de transferencia de los resultados de la investigación a las aplicaciones prácticas. Bajo aporte a las políticas públicas.</p>	<p>Estrategia: Búsqueda de nuevos nichos de competencias y alianzas estratégicas, que garanticen la interacción de la academia de salud y los sectores productivos del área. Metas: 1) Incluir en la cofinanciación de los proyectos un rubro específico para publicación de resultados. 2) Continuar y mantener actualizada la base de datos sobre publicaciones y hacer reportes periódicos de los resultados. 3) Mantener una clasificación de los grupos de investigación y generar estudios cuantitativos y de sociología de la ciencia. 4) Divulgar las actividades del PNCTS, crear un boletín, hacer conversatorios. 5) Vincular al sector productivo y a los nuevos actores del SGSS a las actividades de desarrollo científico y tecnológico.</p>
<p>Marcada diferenciación en la distribución del potencial científico en salud por regiones de Ciencia y Tecnología dándose un escaso desarrollo en las regiones Oriente y Atlántica. Precariedad de la información financiera sobre la inversión en Ciencia y Tecnología en salud</p>	<p>Estrategia: Interacción permanente de las dos entidades encargadas de la secretaria técnica del Consejo del PNCTS. Metas: 1) Aprovechar las bases de datos de las convocatorias sobre centros y grupos de investigación para clasificar los grupos, los problemas que se estudian y los enfoques. 2) Construir el perfil de las capacidades de investigación en salud a partir del diagnóstico anterior. 3) Propiciar nuevas dinámicas en el trabajo de las Unidades de Investigación mediante la identificación de pares y redes y usando los conversatorios. 4) Contar con una red nacional de Unidades de Investigación en salud y redes temáticas. 5) Apoyar los centros y grupos de investigación maduros y jóvenes mediante el financiamiento del trabajo en red. 6) Patrocinar pasantías de investigadores nacionales y extranjeros que tengan como finalidad la iniciación o fortalecimiento del trabajo en red. 7) Hacer un diagnóstico del estado de financiación de las actividades investigación y desarrollo tecnológico en salud.</p>

: Tomado de "Evaluación del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la salud"

5.7 PROGRAMA NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA DE LA SALUD

Al igual que otros programas nacionales de Ciencia y Tecnología, el de salud fue creado en 1991. Después de 7 años de funcionamiento, en 1998, se hizo una evaluación de los avances y de los problemas y se propuso un plan estratégico con el fin de avanzar en la consolidación de la investigación en salud en el país. Los objetivos del programa nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud se dirigen entonces a resolver los problemas enunciados en la tabla 1, los cuales fueron identificados en 1998 a través de conversatorios con la comunidad científica y el Ministerio de la Protección Social. Como puede observarse los problemas tienen que ver con la necesidad de fortalecer algunas áreas de investigación que apoyen la resolución de problemas prioritarios del país a corto o mediano plazo (problema 1), fortalecer la comunidad científica a través de la mejoría en la calificación de sus miembros para desarrollar investigación (problema 2), la necesidad de estimular el trabajo en redes de cooperación entre grupos de investigación y de que los resultados de la investigación sea puesta al servicio del país (problema 3), y la urgencia de fortalecer las capacidades regionales en extensas áreas del país donde no existe esa capacidad (problema 4). Algunos foros, nacionales y regionales, llevados a cabo por el Programa han revelado las percepciones que tienen los tomadores de decisiones acerca de la investigación en salud en Colombia y del papel de Colciencias en el impulso a esta actividad. En general se reconoce que ha habido avances en los logros del plan estratégico pero se percibe que debe hacerse mucho más por impulsar el fortalecimiento de grupos de investigación en las regiones menos desarrolladas y por impulsar la multidisciplinariedad en los proyectos financiados. Algunas regiones manifiestan la necesidad de que se hagan convocatorias regionales para dar más realce a los problemas en salud de las regiones, que no siempre coinciden con los del nivel nacional. Una necesidad urgente es la de tratar de mejorar el impacto social de los resultados de los proyectos de investigación en salud y de impulsar la investigación en sistemas de salud y políticas, para ello también es necesario impulsar el uso de herramientas de la investigación social dentro de los proyectos de investigación en salud.

5.8 CAMBIO DE PARADIGMA Y CONSOLIDACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA DE LA SALUD.

En los comienzos de los noventa se materializaron las grandes transformaciones de la sociedad colombiana gestadas en la década anterior, lo cual unido a la reforma constitucional de 1991, trajo como consecuencia cambios profundos en las organizaciones sociales, entre ellas, las dedicadas a la gestión de las actividades científicas y tecnológicas, el Sistema Nacional de Salud y la seguridad social.

En ciencia y tecnología se expidió la Ley 29 de 1990 y sus decretos reglamentarios¹ por medio de los cuales se crearon el Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología -SNCyT, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología -CNCyT, los Programas Nacionales de Ciencia y Tecnología -PNCyT, y se establecieron las Comisiones Regionales de Ciencia y Tecnología -CRCyT.

“Se estableció la estructura organizacional del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud -PNCyTS, compuesta por cuatro niveles: 1) Nacional, representado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud -CNCyTS, es el organismo rector; esta integrado por el Ministerio de Salud -MS, el Departamento

¹ La ley 29 de 1990 dicta las normas para el desarrollo de la actividad de investigación y desarrollo tecnológico. Por medio del decreto 1767 de 1990 se adscribe Colciencias al DNP y se crea el Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología. Los decretos 393, 591, 584 y 585 de 1991 reglamentan el nuevo marco regulatorio. El decreto 585, define las instancias y estructura del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología, integra el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, se crean los Programas Nacionales de Ciencia y Tecnología en las áreas de biotecnología, ciencias básicas, ciencias sociales y humanas, ciencias del mar, ciencias del medio ambiente y del hábitat, estudios científicos de la educación, ciencias de la salud, ciencias de la electrónica, telecomunicaciones e informática, ciencias de la energía y la minería, ciencias agropecuarias y el programa de desarrollo tecnológico y calidad. Se establecen las comisiones regionales de ciencia y tecnología y los comités para el desarrollo de las estrategias.

Nacional de Planeación -DNP, Colciencias, el Instituto de Seguros Sociales -ISS, y los sectores académico, científico y privado; 2) la Secretaría Técnica del CNCyTS, es responsabilidad conjunta del MS y Colciencias. La planificación y administración del PNCyTS corresponde a Colciencias, bajo la Dirección del jefe del programa; 3) las Comisiones Regionales y Departamentales, son las responsables de implementar las estrategias de regionalización en las siete regiones del SNCyT, Distrito Capital, Noroccidente, Pacífico, Centro Oriente, Costa Atlántica y Amazonía; 4) el nivel ejecutor, en él convergen todas las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que realizan actividades de desarrollo científico y tecnológico en el campo de la salud”(162)

El PNCyTS concertó con la comunidad científica el primer plan para el desarrollo de la investigación en salud, publicado en el libro “Salud para la calidad de la vida” (163) En él se recopilaron aspectos de los diagnósticos presentados, los cuales fueron complementados con los distintos trabajos realizados por los asesores que intervinieron en la elaboración y discusión del mismo. Este es el primer plan de investigación en salud que se da en el país.

El Plan es un avance en cuanto a la concepción de la investigación en salud y estructuración del campo de acción. Plantea el desarrollo de nuevos enfoques teóricos y metodológicos para abordar el conocimiento del fenómeno salud-enfermedad, mediante estudios transdisciplinarios en los cuales concurren diferentes disciplinas de la ciencia y múltiples saberes.

No define prioridades de investigación pero si delimita áreas de aplicación, a saber: “salud y cultura; investigación sobre procesos patológicos específicos; salud y ambiente; y tecnologías en salud. Establece dos componentes fundamentales para la operación del PNCyTS, la oferta de proyectos según propuesta de los investigadores y la convocatoria de acuerdo con las demandas del SNS” (164)

Para la consolidación del PNCyT establece como estrategias: el fortalecimiento y creación de grupos de investigación; el posicionamiento de la investigación en la frontera del conocimiento; el apoyo a la formación de investigadores de alto nivel académico (maestría y doctorado); el desarrollo de redes de informática; el fortalecimiento

de las relaciones entre la comunidad científica y el sector productivo; el fomento y financiación de la difusión de actividades científicas en salud; la utilización e incorporación de los resultados de las investigaciones a los procesos de formulación de políticas y toma de decisiones; y el fortalecimiento de la capacidad de gestión de la investigación(164)

Paralelo al fortalecimiento del SNCyT, se reestructuró el sector de la salud mediante la Ley 10 de 1990, el Decreto-Ley 2164 de 1992, la Ley 60 de 1993 y la Ley 100 de 1993. Se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, se reformó el MS y sus entidades adscritas. En el MS se suprimieron determinadas estructuras organizacionales entre ellas la Dirección de Investigaciones y el Subsistema de Investigaciones en Salud y desapareció la función de investigación en salud. Posteriormente (2002), el MS pasó a ser el Ministerio de la Protección Social –MPS².

5.9 CONTEXTO DETERMINANTE DEL QUEHACER DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA Y DEL CAMBIO DE PARADIGMA

En salud se vive una transición epidemiológica prolongada donde coexisten enfermedades transmisibles con tasa de morbilidad y mortalidad impactantes como las maternas e infantiles (a pesar de su descenso), con las enfermedades no transmisibles crónicas y degenerativas en constante aumento, y con la violencia y el trauma, considerados como una epidemia y un problema de salud pública dado su incremento desmesurado y su arraigo en la sociedad colombiana en las últimas décadas.

Además de la transición epidemiológica, la sociedad colombiana consolida la transición demográfica, dada por el descenso de las tasas fecundidad y mortalidad especialmente la infantil, el cambio en la estructura poblacional y el aumento en la esperanza de vida al nacer. A

² | artículo 5° de la Ley 790 de 2002, fusionó el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Salud conformando el Ministerio de la Protección Social.

esto se une a su vez, la migración acelerada del campo a la ciudad, la creciente urbanización e industrialización y la violencia agudizada en la década de los noventa, la cual generó fuertes procesos de desplazamiento masivo de campesinos a finales del siglo XX y comienzo del siglo XXI.

Estos procesos de transición, unidos al cambio de modelo de desarrollo económico (globalización y privatización de la economía), al desempleo, y a la fuerte concentración del ingreso, generaron enormes desigualdades e inequidades en la población, reflejadas en el deterioro de las condiciones de vida, siendo un indicador de ello las enfermedades y muertes evitables registradas en los grupos poblacionales más vulnerables.

El paso del SNS al SGSSS implicó grandes transformaciones en la organización institucional que provee los servicios de salud y en el quehacer de la salud pública. La salud pública, concebida como un servicio más, fue integrada a través de los planes de beneficios, al sistema de seguridad social y a la provisión de servicios privados, mediante el aseguramiento.

Este es el contexto determinante del quehacer de la investigación en salud y los desafíos que enfrenta. A su vez, constituye el marco de referencia de la investigación en salud pública, dado su ámbito poblacional y su estructura de saberes para entender las relaciones entre salud, desarrollo y sociedad y el efecto de estas transiciones en las condiciones de salud.

Dado el escaso desarrollo de la investigación en salud pública y la complejidad de los fenómenos que requieren de su contribución para aportar soluciones, la OPS/OMS y el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo – IDRC/CIID, impulsaron en latinoamericana el desarrollo de “la investigación nacional esencial en salud”, propuesta por la Comisión de Investigación en Salud para el Desarrollo, en su informe “Health Research, Essential Link to Equito in Development” (Comisión on Health Research for Development, 1990)(165).

“La investigación nacional esencial en salud, es una estrategia para definir prioridades de investigación en salud en dos sentidos: a) micro, como herramienta fundamental para dar respuesta a problemas específicos de salud de máxima

prioridad en cada país y b) macro, dirigida hacia la búsqueda de soluciones a problemas comunes de repercusión mundial y de especial envergadura en los contextos regionales(165).

Basados en estos presupuestos se realizaron los proyectos “La investigación en salud en América Latina: un horizonte” y como estudio del caso colombiano “Delineación de las políticas de investigación en salud pública para Colombia hasta el año 2010”, hecho por la Asociación Colombiana de la Salud –ASSALUD con el auspicio de Colciencias.

Los lineamientos conceptuales y metodológicos, la información por área temática y los resultados de este estudio fueron cedidos por ASSALUD a Colciencias, para la elaboración del plan estratégico del PNCyTS 1999-2004(166).

Estos trabajos marcan una ruptura con los modelos del quehacer investigativo en salud y le abren camino a la investigación en salud pública, como herramienta de conocimiento importante para el estudio de nuestros principales problemas. Esto, unido los factores implementados para el desarrollo de la ciencia y la tecnología durante el período 1990-2003 posibilitó el fortalecimiento de las capacidades científicas en general y en salud y salud pública en especial.

La investigación en salud pública circunscrita a los campos de la epidemiología y los servicios de salud en los diagnósticos realizados en las décadas anteriores, a partir de los nuevos enfoques teóricos y de la praxis de la sociedad, transforma la concepción de investigación en servicios de salud de corte individual y asistencialista por la de sistemas de salud como un todo estructural e integral en función de la salud colectiva, como expresión de la organización social para la salud. La investigación epidemiológica centrada en el estudio de las condiciones de salud trasciende el modelo hacia la comprensión del fenómeno salud-enfermedad desde la perspectiva de lo colectivo y sus determinantes. Con esta visión, la investigación en salud pública se liga inexorablemente a la agenda pública como política de Estado y de la sociedad.

5.10 A MANERA DE CONCLUSION

La construcción de capacidades científicas en la investigación en salud se mide: por proyectos, financiación, grupos de investigación, investigadores y nivel de educación y jóvenes investigadores. La pertinencia se determina por área de investigación y concentración de grupos de investigación, investigadores y recursos financieros, y relación carga de la enfermedad y respuesta de la investigación.

Los datos de los cuadros 4 a 10, 15 y 16, son diferentes de los presentados por el PNCyTS, por la metodología utilizada en la depuración de las cifras aunque se utilizó la misma base de datos, sin embargo las tendencias observadas son similares, lo que da confiabilidad en la información.

El cuadro No. 1, sobre el número de proyectos en salud aprobados por el PNCyT entre 1996 y 2003, muestra una tendencia constante hasta 1996 con pequeñas variaciones que la ubican entre el segundo y tercer lugar, con un comportamiento similar al observado para biotecnología y ciencias básicas. Esta tendencia se rompe en el año 2001 y salud pasó a ser el primer campo de la ciencia con el mayor número de proyectos aprobados. Luego decreció a un segundo lugar siendo superada únicamente por biotecnología en 2003.

En el cuadro No. 2, sobre la financiación otorgada por Colciencias a los proyectos de investigación en salud, se observa un comportamiento similar al de los proyectos. Entre 1991 y 2000 la financiación aprobada por Colciencias presentó una trayectoria similar a la de todos los PNCyT, a excepción de biotecnología que los supera considerablemente. A partir del año 2000 empieza a ascender, con una pequeña caída en 2002, ubicándose en el primer lugar en 2003.

Con respecto a la financiación acumulada en el período 1991 – 2003, (cuadro No. 3) el PNCyTS ocupa el segundo lugar. La inversión con recursos propios es mayor que la asignada por Colciencias, esta tendencia se manifestó desde la década de los setenta y se mantiene.

Salud tiene un total de 153 grupos de investigación, los cuales representan el 14.8% del total de grupos, ocupa el tercer lugar en importancia, superado por ciencias sociales y humanas (primer lugar) y ciencias básicas (segundo lugar). Del total de los grupos de investigación de salud, el 27% son A, el 31% B, el 23% C y el 19% son los otros reconocidos (cuadros No. 4 y 5).

Los cuadros Nos. 6, 7 y 8 muestran una tendencia creciente en la creación de grupos de investigación en salud durante el período 1962-2002, con un comportamiento similar al observado en los proyectos y el financiamiento, esto es, mayor concentración de grupos creados entre 1996 y 2002, encontrándose que en el año 2000 se crearon el mayor número de grupos de investigación.

Del total de investigadores en salud (4.667), ubicados en 153 grupos de investigación, cerca del 3% tienen post-doctorado, solo el 10% tienen doctorado (Ph.D) y se concentran en mayor proporción en los grupos tipo A, igual que los post-doctorados; el 24% tienen maestría y se ubican en proporciones similares en las tres categorías de grupos A, B y C; el 12% cuentan con especialización, y se distribuyen en proporciones más o menos similares en todas las categorías; el 48% tienen título de pregrado universitario, distribuidos en proporciones similares entre A, B, C y reconocidos (cuadros Nos. 9 y 10).

La investigación en salud pública concentra el mayor número de investigadores, el mayor número de investigadores con doctorado y maestría y tiene el menor número de grupos de investigación, pero se ha disminuido la brecha frente a la investigación biomédica y clínica (cuadro Nos. 11 y 14).

La investigación biomédica concentró la mayor proporción de la financiación, el 60% durante el período 1990-1999 y el 40% entre 2000 y 2003, le sigue la investigación clínica con el 10% entre 1990-1999 y cerca del 40% en 2000-2003, la investigación epidemiológica concentró recursos similares en los dos periodos cercanos al 20%, la investigación en servicios de salud apenas llegó cerca al 5% en los dos periodos señalados (cuadro No. 12).

Siguen predominando los estudios biomédicos en enfermedades transmisibles (cuadro No. 13).

Salud concentra el 12% de los jóvenes investigadores, la mayoría de ellos ubicados en los grupos tipo A (cuadros Nos15 y 16).

Como se puede observar, el PNCyTS se mantiene en el tiempo, gana mayor visibilidad frente al conjunto de Programas Nacionales y conserva las tendencias mostradas en las décadas de los setenta y ochenta.

Esto se explica por el conjunto de estrategias implementadas por el PNCyT, entre las cuales se destacan: el establecimiento de la política de CyT (CONPES de 1994, COMPES 3080); la creación del Sistema Nacional de Innovación – SIN; la definición de los planes estratégicos del PNCyTS; la Misión de Ciencia, Educación y Desarrollo, que trazó directrices a futuro, próximos 25 años, sobre el cambio en la educación y la integración de la ciencia a la sociedad como eje del desarrollo mediante la formación de recurso humano de alto nivel y fomento del trabajo en redes, básicamente; el escalafonamiento e indexación de publicaciones seriadas y científicas; el establecimiento de las agendas regionales de CyT; y la adopción de la plataforma ScienTI(167)

Otro aspecto que influyó fue la financiación de las actividades de CyT a través de los créditos del BID II (1990-1994) y BID III (1995-2002), que determinó la focalización de los recursos hacia el fortalecimiento de la capacidad para realizar investigaciones con resultados aplicables a los problemas colombianos, mejorar los procesos de administración de las actividades científicas y tecnológicas y principalmente, la formación de recurso humano con énfasis en los estudios de doctorado.

La visibilidad alcanzada por la investigación en salud pública y los picos presentados en el año 2000 en financiación y proyectos, está determinada por la expedición de la Ley 643 del Fondo de Investigaciones en Salud, constituido con recursos de las loterías y el Decreto 2878 de 2001, que reglamenta el artículo 42 de la ley 643 de 2001 sobre el Fondo de Investigación en Salud. “En el artículo 3 del decreto se establece que a todas las sesiones del CNCyTS en las cuales se asignen recursos del Fondo de Investigaciones en Salud deberán asistir con voz y voto el Director General de Análisis y Planeación de la Política Sectorial y el Director General de Financiamiento y Gestión Financiera del Ministe-

rio de Salud (hoy Ministerio de la Protección Social)”.

Esta disposición cambió la conformación del Consejo del Programa y le abrió el camino a la investigación en salud pública, puesto que al darse una mayor participación del MPS, se implementó la estrategia de demanda de proyectos por convocatorias según requerimientos del MPS, en complemento de la estrategia de Colciencias de seguir financiado investigaciones según oferta de proyectos de los investigadores, lo cual ha favorecido la investigación biomédica.

Igualmente se crean fuertes tensiones entre las organizaciones gubernamentales de salud por la demanda de proyectos según necesidades de los departamentos y municipios y las exigencias de PNCyTS en requisitos de calidad y garantía de éxito de los proyectos.

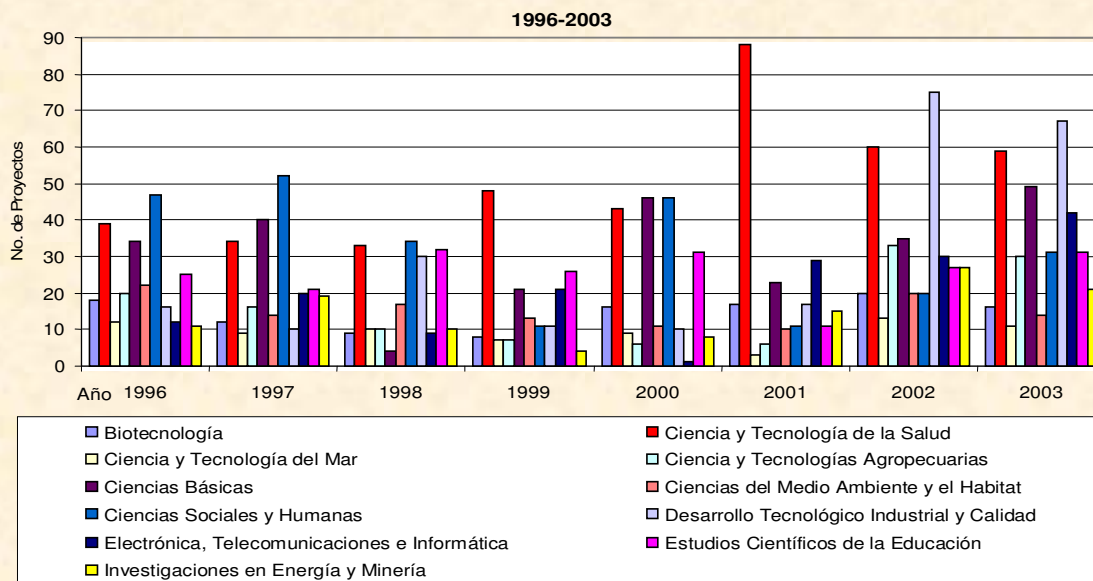
Después de la expedición de la Ley del Fondo, el MPS crea el Consejo de Investigaciones con funciones similares a las del PNCyTS, con el fin de fomentar la investigación en salud pública en las Direcciones Departamentales y Municipales de Salud. Se crea duplicidad de funciones para asignación de recursos del Fondo que por Ley le corresponde a Colciencias.

Se visualiza igualmente el fortalecimiento de la administración de la función de investigación en salud, reflejada en el proceso de consolidación del Programa. Sin embargo hay que fomentar aún más el desarrollo de investigaciones en salud pública en el marco del Plan del PNCyTS, para lograr su inserción en la comunidad internacional y ubicarla en el conocimiento de frontera, incrementando en calidad y número la masa crítica de investigadores que aún es incipiente.

Un aspecto de primordial importancia a tener en cuenta con la propuesta de la reestructuración de Colciencias, que incluye salud en el área temática de vida: procesos biológicos, agroalimentarios, biodiversidad, etc. Esto no es acorde con las disposiciones contenidas en la Ley del Fondo sobre asignación de recursos y composición del CNCyTS, entre otras. Es de vital importancia estudiar las implicaciones de tipo jurídico que traerá el cambio de estructura del PNCyTS.

Cuadro No 1

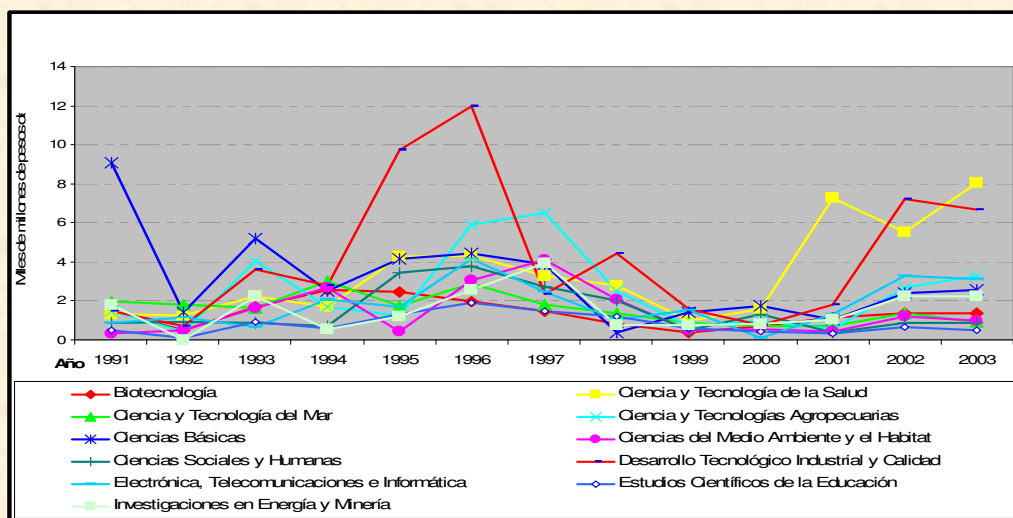
Número de Proyectos Aprobados por Programa Nacional de CyT



Fuente: Oficina de Registro de Proyectos. Colciencias

Cuadro No 2

Montos Aprobados por Colciencias a Proyectos de los Programas Nacionales 1991-2003



Fuente: Oficina de Registro de Proyectos. Colciencias

Cuadro No 3



Cuadro No 5

Clasificación por Categorías ScientiCol y Programa Nacional de Ciencia y Tecnología

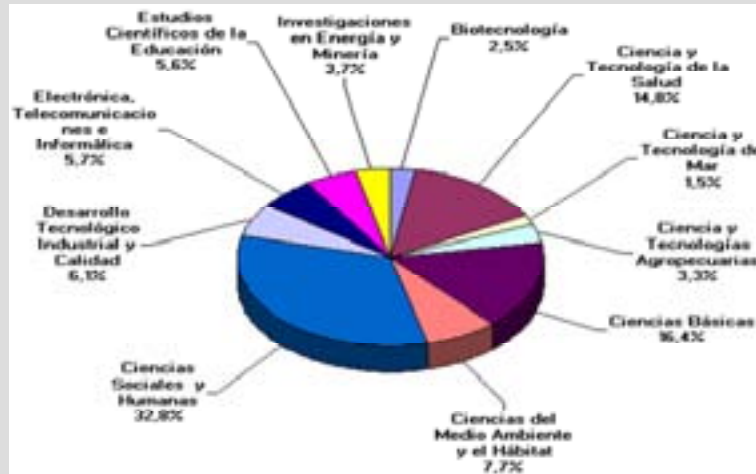
Programa Principal	Clasificación				Total general
	A	B	C	Otras Reconocidas	
Biotechnología	5	6	3	12	26
Ciencia y Tecnología de la Salud	41	40	35	29	153
Ciencia y Tecnología del Mar	5	5	5		15
Ciencia y Tecnologías Agropecuarias	5	6	12	11	34
Ciencias Básicas	57	56	34	22	169
Ciencias del Medio Ambiente y el Hábitat	19	19	14	27	79
Ciencias Sociales y Humanas	64	79	97	99	339
Desarrollo Tecnológico Industrial y Calidad	10	13	29	20	63
Electrónica, Telecomunicaciones e Informática	8	19	17	15	59
Estudios Científicos de la Educación	12	16	14	16	58
Investigaciones en Energía y Minería	10	9	11	8	38
Total general	236	278	262	258	1032

Universidad del Rosario - OPS (2005). *“Los Recursos Humanos en Salud y su Tránsito a Comunidades Científicas: El Caso de la Investigación Clínica en Colombia”*. Facultad de Economía, Informe de Progreso, Cálculos propios basados en la información contenida en la Plataforma ScienTI – Colciencias.

Elaborado para COLCIENCIAS por la red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud

Cuadro No 4

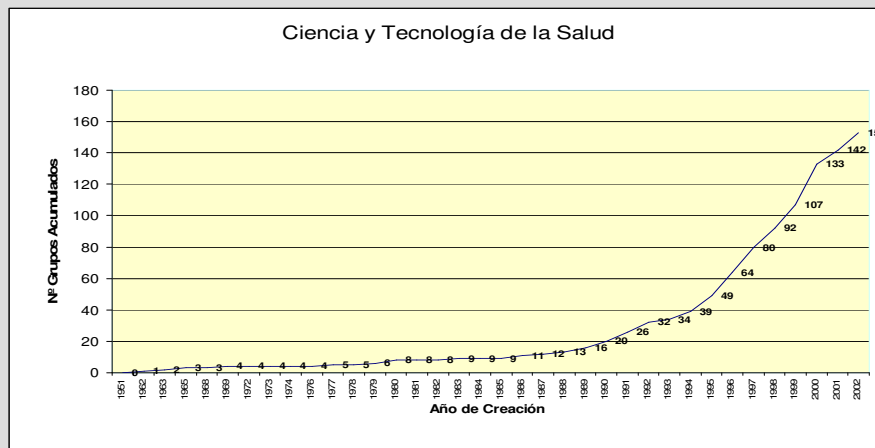
Distribución de Grupos por Programa Nacional de Ciencia y Tecnología



Universidad del Rosario - OPS (2005). **“Los Recursos Humanos en Salud y su Tránsito a Comunidades Científicas: El Caso de la Investigación Clínica en Colombia”**. Facultad de Economía, Informe de Progreso, Cálculos propios basados en la información contenida en la Plataforma ScienTI – Colciencias.

Cuadro No 6

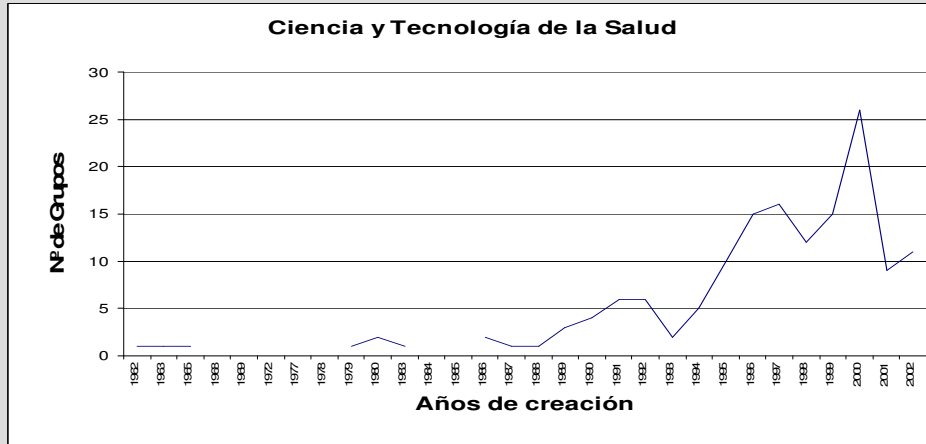
Conformación acumulada de grupos de investigación



Universidad del Rosario - OPS (2005). **“Los Recursos Humanos en Salud y su Tránsito a Comunidades Científicas: El Caso de la Investigación Clínica en Colombia”**. Facultad de Economía, Informe de Progreso, Cálculos propios basados en la información contenida en la Plataforma ScienTI – Colciencias.

Cuadro No 7

Creación de grupos de investigación del Programa Nacional de Ciencias de la Salud

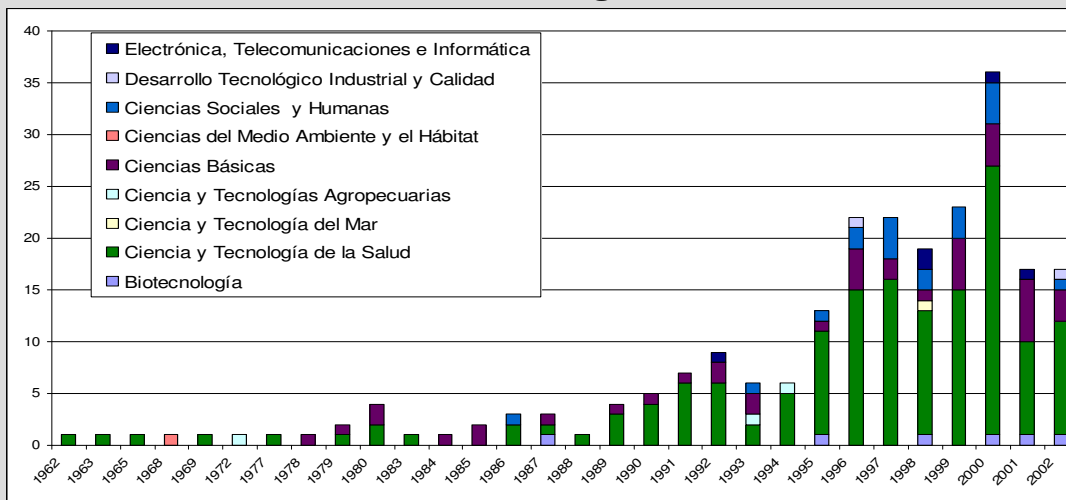


Universidad

del Rosario - OPS (2005). **“Los Recursos Humanos en Salud y su Tránsito a Comunidades Científicas: El Caso de la Investigación Clínica en Colombia”**. Facultad de Economía, Informe de Progreso, Cálculos propios basados en la información contenida en la Plataforma ScienTI – Colciencias.

Cuadro No 8

Creación de Grupos por Programa de Ciencia y Tecnología



Grupos que investigan en Salud

Univer-

sidad del Rosario - OPS (2005). **“Los Recursos Humanos en Salud y su Tránsito a Comunidades Científicas: El Caso de la Investigación Clínica en Colombia”**. Facultad de Economía, Informe de Progreso, Cálculos propios basados en la información contenida en la Plataforma ScienTI – Colciencias.

Cuadro No 9

Recurso Humano de Grupos de Investigación en Salud por Ultimo Nivel de Educación y Programa de Ciencia y Tecnología

Grupos de Investigación en Salud

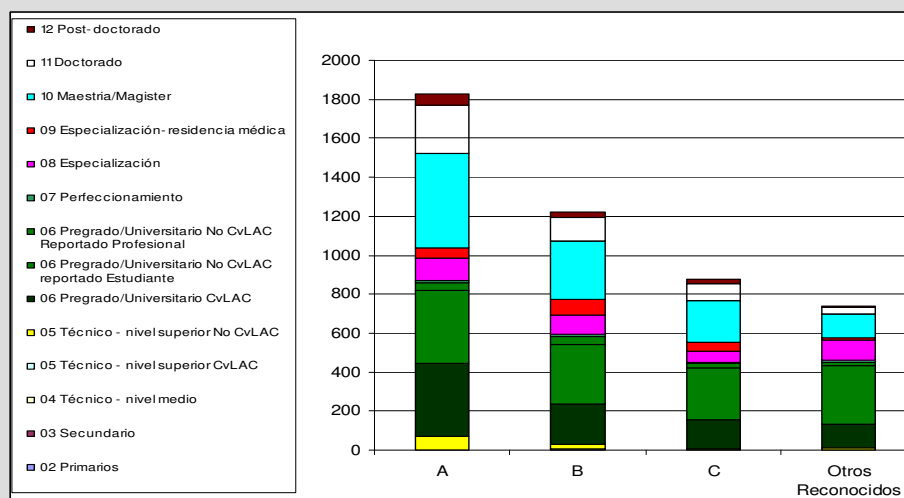
Personas promedio	Clasificación				Total	Clasificación				Total
	A	B	C	Otros Reconocidos		A	B	C	Otros Reconocidos	
02 Primario				1	1	0,00%	0,00%	0,00%	0,14%	0,02%
03 Secundario	1	1			2	0,05%	0,08%	0,00%	0,00%	0,04%
04 Técnico - nivel medio		1		1	2	0,00%	0,08%	0,00%	0,14%	0,04%
05 Técnico - nivel superior	67	25	8	9	109	3,67%	2,04%	0,91%	1,22%	2,34%
06 Pregrado/Universitario	790	558	434	439	2.221	43,22%	45,59%	49,60%	59,32%	47,59%
07 Perfeccionamiento	10	11	7	9	37	0,55%	0,90%	0,80%	1,22%	0,79%
08 Especialización	115	97	61	103	376	6,29%	7,92%	6,97%	13,92%	8,06%
09 Especialización-residencia médica	62	82	41	14	189	2,84%	6,70%	4,69%	1,89%	4,05%
10 Maestría/Magister	486	296	213	123	1.118	26,59%	24,18%	24,34%	16,62%	23,96%
11 Doctorado	246	121	87	35	489	13,46%	9,89%	9,94%	4,73%	10,48%
12 Post-doctorado	61	32	24	6	123	3,34%	2,61%	2,74%	0,81%	2,64%
Total	1.828	1.224	825	749	4.667	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Grupos que investigan en Salud

Universidad del Rosario - OPS (2005). **“Los Recursos Humanos en Salud y su Tránsito a Comunidades Científicas: El Caso de la Investigación Clínica en Colombia”**. Facultad de Economía, Informe de Progreso, Cálculos propios basados en la información contenida en la Plataforma ScienTI – Colciencias.

Cuadro No 10

Distribución de Recurso Humano de Grupos de Salud Ultimo Nivel de Educación según Clasificación ScientiCol



Grupos que investigan en Salud

Universidad del Rosario - OPS (2005). **“Los Recursos Humanos en Salud y su Tránsito a Comunidades Científicas: El Caso de la Investigación Clínica en Colombia”**. Facultad de Economía, Informe de Progreso, Cálculos propios basados en la información contenida en la Plataforma ScienTI – Colciencias.

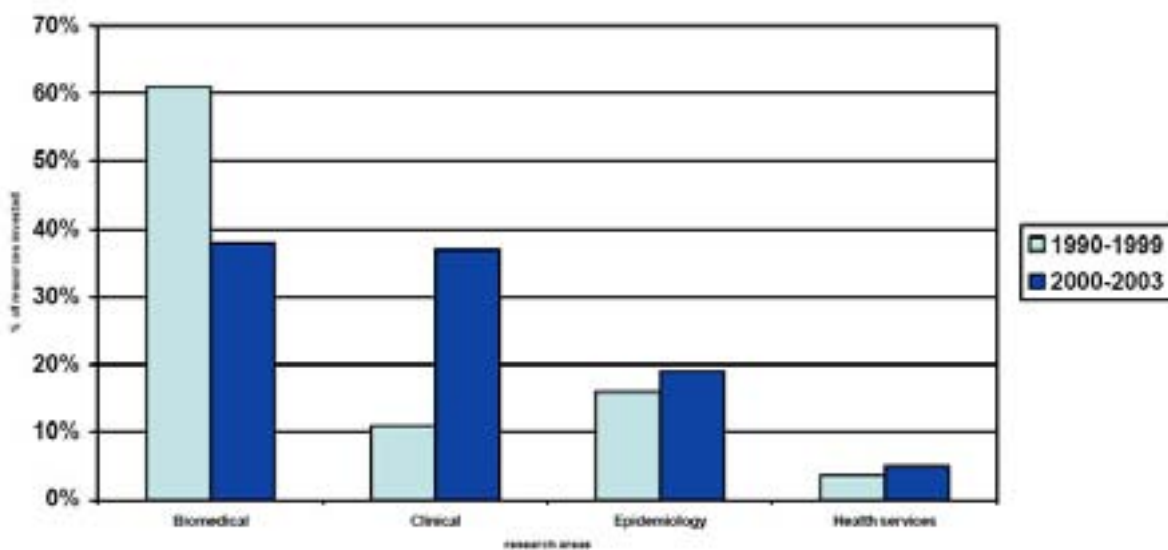
Cuadro No 11
Distribución de grupos de investigación en Salud e Investigadores por área de investigación en Salud

Characteristics	Public Health	Biomedical sciences	Clinical research
Number of research groups*	38	43	42
Number of researchers	435	358	355
Researchers with doctoral degree.	92	82	50
Researchers with master degree.	237	139	125

* Only include recognized groups.

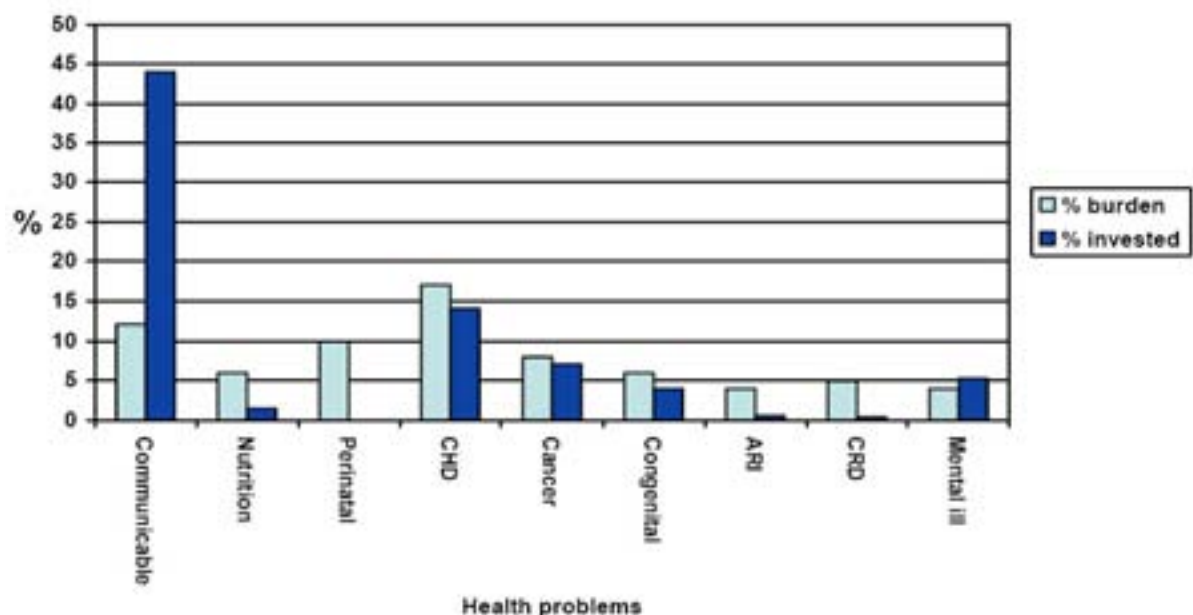
Colciencias (2005). *“Supporting the research priority setting process in Colombian using the Combined Approach Methodology”*. Global Forum Project o7-2004. Final Report, Colombian National Science and Technology Health Program, Bogotá.

Cuadro No 12
Porcentaje de inversión financiera por área de investigación



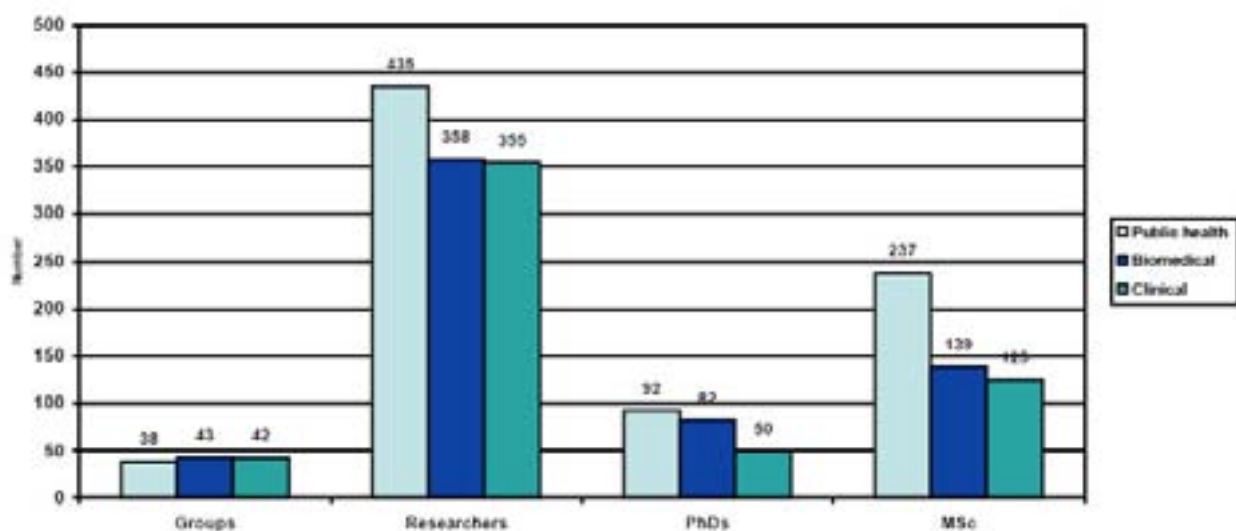
Colciencias (2005). *“Supporting the research priority setting process in Colombian using the Combined Approach Methodology”*. Global Forum Project o7-2004. Final Report, Colombian National Science and Technology Health Program, Bogotá.

Cuadro No 13
Relación entre la carga de la enfermedad (%) y la inversión financiera (%) en investigación en salud por problemas de salud



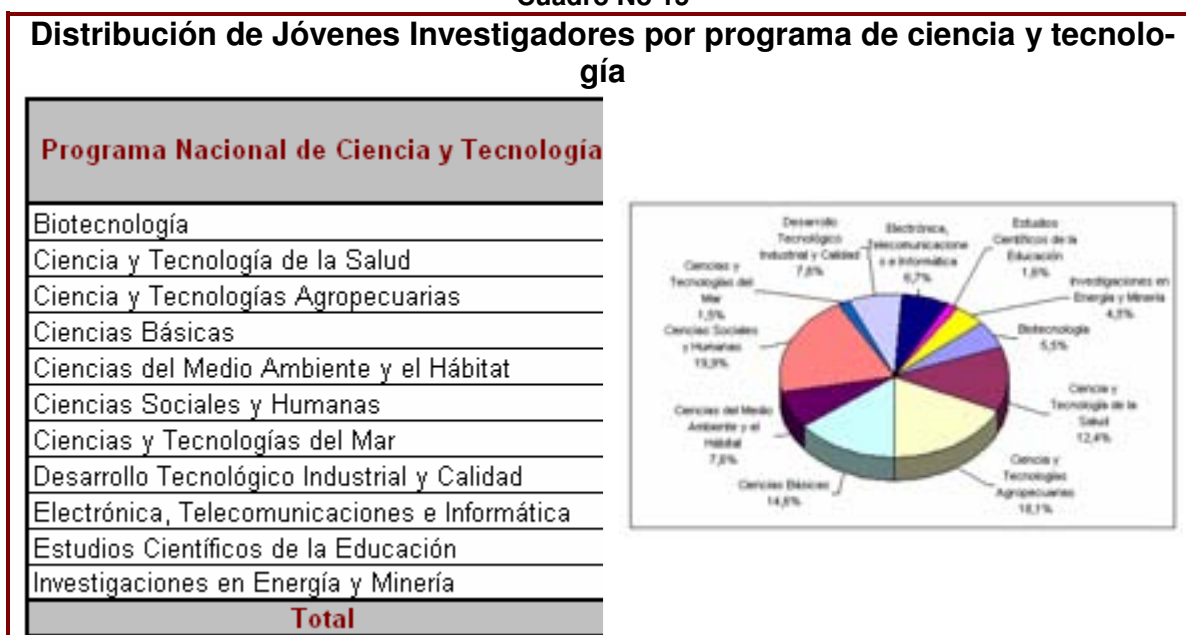
Colciencias (2005). *“Supporting the research priority setting process in Colombian using the Combined Approach Methodology”*. Global Forum Project o7-2004. Final Report, Colombian National Science and Technology Health Program, Bogotá.

Cuadro No 14
Distribución del recurso humano para investigación en salud por área de investigación



Colciencias (2005). *“Supporting the research priority setting process in Colombian using the Combined Approach Methodology”*. Global Forum Project o7-2004. Final Report, Colombian National Science and Technology Health Program, Bogotá.

Cuadro No 15



Jaramillo, Hernán, et al (2005). *“Interacción entre el capital humano, el capital intelectual y el capital social: Una aproximación a la medición de recursos humanos en ciencia y tecnología y tránsito a comunidades científicas. Estudio de caso Programa Jóvenes Investigadores Colciencias”*. Facultad de Economía, Universidad del Rosario, Informe final.

Cuadro No 16

Número de Jóvenes Investigadores por Categoría del Grupo y Programa de Ciencia y Tecnología

Programa Nacional de Ciencia y Tecnología	1. Reconocidos				2. Grupos Registrados	3. Centros tecnológicos reconocidos	4. Grupos no participantes en la convocatoria	Total
	1. Categoría A	2. Categoría B	3. Categoría C	4. Otros Grupos Reconocidos				
Biotecnología	29	4	26	7	2	3		71
Ciencia y Tecnología de la Salud	85	21	7	20	13	1	14	161
Ciencia y Tecnologías Agropecuarias	8	6	40	3	10	159	8	234
Ciencias Básicas	99	43	16	18	4		9	189
Ciencias del Medio Ambiente y el Hábitat	32	22	16	22	2	1	3	98
Ciencias Sociales y Humanas	63	31	14	64	4	25	56	257
Ciencias y Tecnologías del Mar	9	3	1	5			2	20
Desarrollo Tecnológico Industrial y Calidad	15	13	14	33	7	7	9	98
Electrónica, Telecomunicaciones e Informática	5	31	8	17	15		11	87
Estudios Científicos de la Educación	4	5	4	4	2		2	21
Investigaciones en Energía y Minería	27	4	9	9	3		6	58
Total general	376	183	155	202	62	196	120	1294

Jaramillo, Hernán, et al (2005). *“Interacción entre el capital humano, el capital intelectual y el capital social: Una aproximación a la medición de recursos humanos en ciencia y tecnología y tránsito a comunidades científicas. Estudio de caso Programa Jóvenes Investigadores Colciencias.”*. Facultad de Economía, Universidad del Rosario, Informe final.

Referencias

- (1) Ministerio de Salud de Colombia, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Estudio de recursos humanos para la salud y la educación médica en Colombia. Métodos y resultados. Bogotá: 1969.
- (2) González-Agudelo B. Distribución y características de la investigación en Salud en Colombia. Ottawa: 1986.
- (3) González-Agudelo B. La investigación en los servicios básicos de salud. In: Colciencias, editor. Salud para la calidad de la vida. Bases para un plan del programa nacional de ciencia y tecnología de la salud. Bogotá: 1993. p. 52.
- (4) González-Agudelo B, et al. Investigación. In: Ministerio de Salud de Colombia, Departamento Administrativo de Planeación, editores. La salud en Colombia. Estudio sectorial de salud. Bogotá: 1990. p. 513.
- (5) Yepes-Luján F, et al. La salud en Colombia. Estudio sectorial de salud. Bogotá: 1990.
- (6) Colciencias. Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud: Plan Estratégico 1999-2004. Bogotá: Instituto Colombiano para el desarrollo de la Ciencia y la Tecnología "Francisco Antonio Caldas"; 1999 Oct.
- (7) Colciencias. Salud para la calidad de la vida. 2005.
- (8) Plaza-Dominguez B, Chavarriaga I, Vélez-Arango A. Programa Nacional de Investigación en Sistemas de salud. Informe Final. 1995. Report No.: Contrato 178/1995.
- (9) FES, FEDESARROLLO. Estudio científico de la respuesta social organizada a las condiciones de salud y enfermedades en poblaciones. Bogotá; 1996.
- (10) Misión de Ciencia y Tecnología. Programa de Desarrollo Científico y Tecnológico. Bogotá; 1990.
- (11) Departamento Nacional de Planeación. Documento Conpes 3080. Bogotá: República de Colombia.; 2000.
- (12) Departamento Nacional de Planeación. Política Nacional de Ciencia y Tecnología 1994-1998. Bogotá: República de Colombia; 1994. Report No.: Documento Conpes 2739.
- (13) Mosley W, Bobadilla J, Jamison. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2005.
- (14) Sánchez DM, Bazzani R, Gómez S. Prioridades en la Investigación de la salud colectiva en América Latina. Montevideo: Ediciones Trilce.; 1998.
- (15) Murray C, Mathers C, Salomon J. Towards Evidence-Based public Health. In: Murray C, Evans D, editors. Health Systems Performance Assessment. Geneva: World Health Organization; 2005. p. 716-26.
- (16) Brownson R, Gurney J, Land G. Evidence - based decision making in public health. Journal of Public Health Management practice 1999;5:86-97.
- (17) ASSALUD. Delineación de las políticas de investigación en salud pública para Colombia hasta el año 2010. Informe final. Bogotá: ASSALUD; 1998.
- (18) Jaramillo-Salazar H. Política científica y tecnológica en Colombia: Evaluación e Impacto durante la década de los noventa. BOGOTÁ: CEPAL; 2004.



7

***LINEAMIENTOS
PARA LA GESTION
DEL CONOCIMIENTO
EN SALUD PÚBLICA***

6 LINEAMIENTOS PARA LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA

6.1 MEJORAR LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN SALUD: UNA PREOCUPACIÓN GLOBAL

En el Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la Organización Mundial de la Salud, *Invirtiendo en Salud en Pro del Desarrollo Económico*, se afirma que “Son muchas las razones del aumento de la carga de morbilidad entre los pobres. En primer lugar, este segmento de la población es mucho más vulnerable a la enfermedad, debido a la falta de acceso a agua salubre, al saneamiento, viviendas seguras, a la atención médica, a la información sobre conductas preventivas y a una alimentación suficiente.

En segundo lugar, es mucho menos probable que los pobres soliciten atención médica, incluso cuando la necesitan con urgencia, porque suelen encontrarse más alejados de los servicios de salud, carecen del efectivo necesario para cubrir los gastos de salud y desconocen la mejor manera de reaccionar ante un episodio de enfermedad. En tercer lugar, los gastos en efectivo ocasionados por las enfermedades graves pueden condenarlos a una trampa de pobreza de la que no se recuperan, porque los obliga a endeudarse, o bien a vender o hipotecar sus bienes productivos (la tierra). Una enfermedad grave puede sumir a una familia a un empobrecimiento prolongado que se extienda incluso hasta la generación siguiente, ya que los niños se ven obligados a abandonar la escuela e incorporarse a la fuerza de trabajo”.

Si embargo, también se reconoce que los adelantos en salud impulsan el nivel de ingresos del individuo, aumentan su capacidad de estudiar y

las posibilidades de producción de la familia y; mejoran considerablemente el bienestar en términos psicológicos tanto del individuo, como de la familia. Las estimaciones indican que las inversiones en la salud rinden a menudo las mayores tasas de rentabilidad frente a otras inversiones públicas(168).

Aunque la ciencia ha dado lugar a notables mejoras en la salud en todo el mundo, no todas las personas ni todos los países se han visto igualmente beneficiados. En el nuevo milenio, las disparidades e inequidades en materia de salud siguen constituyendo grandes retos para el desarrollo, la implementación de las nuevas tecnologías, los nuevos conocimientos y las características de los sistemas de salud que funcionan mal son parte del problema.

La mitad de las defunciones mundiales podrían prevenirse mediante intervenciones sencillas y costo-eficientes. Sin embargo, se sabe poco o se implementan pocas intervenciones a quienes más la necesitan.

El *Informe mundial sobre el conocimiento orientado a mejorar la salud*, evalúa el estado actual de las investigaciones sobre la salud mundial y llega a las siguientes conclusiones:

Se necesitan muchas más inversiones para introducir un enfoque innovador de las investigaciones sobre los sistemas de salud. Las investigaciones sobre la salud (ISS) se deben administrar más eficazmente a fin de fortalecer los sistemas de salud y reconstruir la confianza del público en la ciencia. Se debe hacer más hincapié en la transformación de los conocimientos en acciones encaminadas a mejorar la salud cerrando la brecha entre lo que se sabe y lo que se está haciendo en realidad.

Actuaciones apropiadas y efectivas (pruebas diagnósticas, medicamentos, vacunas, actuaciones sobre el entorno y la conducta) junto a las estrategias preventivas, han contribuido significativamente a mejorar la salud y disminuir la morbimortalidad. Sin embargo, para que el conocimiento funcione de una manera efectiva, se requiere saber cómo implementar y utilizar eficientemente esa acción. Lo que se precisa para mejorar los resultados en salud, es una agenda de investigación para explicar los factores que afectan a la prestación de intervenciones en diferentes contextos epidemiológicos, culturales en diferentes sistemas sanitarios y desarrollar nuevas investigaciones aplicadas a los problemas más significativos de los entornos locales.

Una de las funciones más destacadas de la investigación en salud es garantizar que las medidas propuestas para contribuir a romper el círculo vicioso de las enfermedades y de la pobreza estén basadas en pruebas que demuestren que los recursos destinados a la investigación estén utilizados de la manera más eficaz posible. A pesar de ello, la investigación en salud ha sufrido de la poca recaudación de fondos en general y la enorme diferencia entre la asignación de los recursos destinados a la investigación y a las enfermedades y factores determinantes que representan la mayor carga de enfermedades a nivel mundial.

Durante los últimos diez años, los trabajos preparatorios de la Comisión en Materia de Investigación en Salud para el Desarrollo pusieron de relieve dicha diferencia, y la denominaron “brecha 10/90”. Estos trabajos pusieron de manifiesto que de los 73 mil millones de USD invertidos anualmente en la investigación en salud a nivel mundial por parte de los sectores públicos y privados, están destinados a resolver problemas en los países desarrollados y menos del 10% está destinado a la investigación de los problemas de salud que representan el 90% de la carga mundial de las enfermedades (medidos en DALYs) principalmente en países en desarrollo.(124) La brecha en la gestión del conocimiento no se limita a la destinación de los recursos; los países industrializados generan un mayor número de publicaciones por año en relación con los sistemas de salud y aunque los países pobres han aumentado su producción la brecha sigue siendo muy amplia.(26)

Por ello, se ha venido insistiendo en que la investigación en salud debe, contribuir a mejorar el desempeño de los sistemas sanitarios, así como a cualificar el diseño, implementación y evaluación de políticas, planes y programas de salud, para que repercutan positivamente en los colectivos humanos.

La investigación no se concibe como un fin en sí mismo, sino como un medio para obtener ganancias en salud y, por lo tanto, se recomienda evaluar los beneficios de la investigación a partir del uso de sus resultados.

Teniendo en cuenta que la investigación en salud es un campo altamente competitivo, sectorial, fragmentado y especializado, que involucra distintos tipos (biomédica, clínica, epidemiológica, políticas y servicios de salud, etc.) y en el cual existe poca comunicación entre los que producen el conocimiento y quienes requieren usarlo (tomadores de decisión, personal de salud, usuarios de los servicios de salud y público en general), la Organización Mundial de la Salud ha señalado la necesidad de que se elabore un marco conceptual y operacional que permita articular la producción del conocimiento y el uso de la investigación en salud. Esta articulación constituye el denominado proceso de administración del conocimiento.

El Global Forum for Health Research muestra que existe inequidad en el conocimiento que se publica, cuando más del 90% de las publicaciones de investigación en salud provienen de investigadores de países centrales (primer mundo)(26). Señalando la importancia de producir conocimiento socialmente relevante que contribuya a que la población se beneficie de los resultados de las investigaciones en salud.

En los modelos de utilización de los resultados de investigación, la investigación puede ser tenida en cuenta como un insumo fundamental para el diseño e implementación de políticas y en ello juega un papel relevante el contexto en el cual se desarrolla la investigación o se intenta promover su uso.

Investigaciones en el ámbito internacional han evaluado las barreras y facilitadores para el uso de los resultados de investigación en salud en la toma de decisiones y se ha descrito que estos factores están relacionados tanto con los investigadores y los tomadores de decisión, como con

el contexto y las características de la investigación que se realiza(169).

Un conjunto de otros estudios sobre el tema han concluido principalmente que es necesario fortalecer el vínculo entre investigación y política, para que la investigación contribuya efectivamente a los procesos de decisión política, lo cual debe traducirse en mejores condiciones de salud de la población (127;128;169-172).

Recientemente la relación conocimiento y uso en el campo de la salud se está enfocando a identificar temas relevantes y propuestas para mejorar las intervenciones en salud teniendo en cuenta los resultados de las investigaciones, ya que se considera que aunque se tiene información, basada en investigación de alta calidad, sobre intervenciones costo- efectivas en salud, aún esto no se traduce en acciones sanitarias reales, ni en los países periféricos (subdesarrollados), ni en los centrales (desarrollados)(173).

Además, se han diseñado y evaluado estrategias para promover el uso de los resultados, tales como facilitar el intercambio entre quienes producen las investigaciones y quienes las podrían usar.

Aunque en el ámbito internacional ha venido ganando interés la medición del impacto de la investigación, en América Latina son escasos los estudios que se han realizado para evaluar el uso de sus resultados (sólo dos estudios han sido reportados (128;174) y no se conocen los beneficios de la investigación en salud,

En Colombia, se han desarrollado dos estudios locales en Entes de Salud Territorial se han llevado a cabo para evaluar el uso de los resultados de las investigaciones en salud pública. El primero de ellos, ejecutado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá para evaluar la difusión y utilización de los resultados de las investigaciones financiadas y cofinanciadas por la misma Secretaría, mostró que sólo 43% de los funcionarios encuestados indicaron que las investigaciones fueron utilizadas de manera efectiva en el diseño de planes, programas y proyectos(175).

El segundo estudio, ejecutado en la Secretaría de Salud del Valle del Cauca, mostró que los resultados de la investigación no orientaron las decisiones en salud pública de la Secretaría e

indicó que las barreras para el uso se refiere a la falta de una política y estructura que soporte la gestión del proceso investigativo y las dificultades en la relación entre tomadores de decisión e investigadores. Los facilitadores, tienen que ver con el tipo de investigación y al cómo se vinculan los funcionarios al proceso investigativo.(176)

Teniendo en cuenta que la investigación produce aportes en tres aspectos fundamentales: genera conocimientos nuevos; facilita la solución de problemas y favorece el desarrollo tecnológico y, en conjunto, pueden contribuir, directa o indirectamente, a que se pueda alcanzar una mejor calidad de vida. Un gobierno y una política de Estado para la investigación en salud responsable, deben identificar con claridad los retos de los cambios epidemiológicos, demográficos, políticos, sociales y económicos para definir y lograr consensos acerca de la realización de proyectos de investigación en salud, para la optimización de los recursos y maximización de los resultados, respondiendo a las necesidades y problemas que aquejan a la mayoría de su población.

Una de las principales rutas para alcanzar lo anterior es que el desarrollo de investigación en salud debe tener dos características básicas (como lo refiere el estudio de Investigación en salud de la Secretaría de Salud Pública de México) el primero es la excelencia, el segundo es la pertinencia.

6.2 FIJANDO LAS PRIORIDADES DE LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA.

En los capítulos anteriores se ha mencionado que la debilidad de las investigaciones en salud pública limita a su vez el alcance de las acciones adelantadas por la sociedad para mejorar la salud y reduce tanto su eficiencia como su efectividad. A este respecto, los organismos internacionales han insistido en que este problema no obedece solamente a la falta de recursos financieros para adelantar estudios sino también la

eficiencia de su aplicación. (26) Por esta razón han llamado la atención sobre la necesidad de definir con claridad criterios que orienten la gestión del conocimiento hacia aquellas áreas que se consideren prioritarias para cada región. (26;124;177)

La priorización es el ordenamiento jerárquico de diferentes situaciones, organizadas según su importancia relativa. Dicho proceso ha formado parte de la tradición en salud pública, disciplina que ha utilizado diferentes criterios para valorar la importancia relativa de los problemas de salud. Entre 1970 y 1990 predominaron en el mundo los análisis de priorización fundamentados en el enfoque epidemiológico de riesgo. Desde 1990 se han impuesto los enfoques basados en análisis de eficiencia, y específicamente en el criterio de costo efectividad. Cada una de estas aproximaciones presenta ventajas y limitaciones que ameritan un análisis profundo por parte de investigadores y tomadores de decisiones.

En términos generales, los diferentes criterios utilizados para orientar la aplicación de los recursos presentan dos características predominantes: suelen basarse en la importancia comparativa de problemas sentidos ya existentes, y asumen que la valoración es un proceso técnico. Ambas condiciones suelen ser también la causa de que la priorización tenga un efecto limitado sobre la optimización de los recursos.

En primer lugar, los análisis centrados en problemas sentidos y en indicadores negativos, inducen a los tomadores de decisiones a centrarse en el pasado y desvían su atención, no solo de problemas en formación que aún no son evidentes y que pudieran preverse de forma oportuna, sino también de objetivos y metas valorados positivamente.

En segundo lugar, la insistencia en procedimientos técnicos de priorización hace pensar a los tomadores de decisiones que los criterios utilizados para la valoración son objetivos, universales, uniformes y estables. Muy lejos de esta situación, los criterios de priorización obedecen, en la práctica, a juicios axiológicos más que a criterios técnicos; bajo su apariencia técnica, estos criterios son siempre construcciones “subjetivas”, íntimamente ligadas a los intereses y concepciones de los actores involucrados en el proceso, y se encuentran profundamente vincu-

ladas a los sistemas éticos y los intereses políticos predominantes en el grupo.

En relación con la gestión de la salud pública y con la investigación adelantada en este campo, la complejidad del proceso de priorización está directamente relacionada con la disponibilidad de los recursos y con la heterogeneidad de intereses involucrados en su asignación, especialmente con la voluntad política predominante en el grupo. Priorizar se hace más difícil mientras menor sea la disponibilidad de recursos y mayor sea la heterogeneidad de intereses. Paradójicamente, es precisamente en estas condiciones cuando la priorización se hace más urgente y necesaria. (178)

6.3 CRITERIOS DE PRIORIZACION PARA LA INVESTIGACION EN SALUD PÚBLICA

Diferentes agencias y organismos, en los ámbitos nacional e internacional, han fijado sus criterios frente a la priorización de los asuntos que deben recibir especial atención por parte de las investigaciones en salud pública. (26;46;98;124;177;179-181) Entre ellos el Comité Ad Hoc, conformado por la OMS para la Investigación sanitaria relacionada con opciones de futura intervención, el Foro Global para la Investigación en salud, la Alianza para la investigación en políticas y sistemas de salud y el Consejo de Investigación Sanitaria para el Desarrollo (COHRED).(26) Las recomendaciones de estos organismos se refieren a principios generales que deben orientar la investigación en salud pública, como la protección de los grupos humanos más pobres y necesitados de apoyo, la búsqueda de la equidad, el mejoramiento de la eficiencia, la necesidad de superar los enfoques sectoriales, la importancia de caracterizar los determinantes más que los resultados y la conveniencia de recurrir al consenso entre los involucrados como criterio para validar la priorización. Otras recomendaciones, presentadas en el cuadro siguiente, se refieren a criterios considerados con frecuencia de tipo “técnico”, aunque su aplicación suele estar impregnada de intereses y valores. Estos criterios son independientes entre sí, su importancia relativa varía tam-

bién de una situación a otra, y su valor como herramientas de análisis puede estar ligado a su capacidad para facilitar los consensos.

la situación de la salud pública en el mundo, se refirió a las necesidades de investigación que pudieran considerarse prioritarias al nivel global.

CRITERIOS DE PRIORIZACION PARA INVESTIGACIONES EN SALUD PÚBLICA

GENERALES

1. *Protección de los grupos humanos más pobres y necesitados de apoyo*
2. *Búsqueda de la equidad*
3. *Mejoramiento de la eficiencia*
4. *Importancia de caracterizar los determinantes del proceso salud-enfermedad*
5. *Necesidad de proceder transectorialmente*
6. *Adopción del consenso como criterio para validar la priorización.*

ESPECIFICOS

1. *Urgencia por la información*
2. *Magnitud o gravedad del evento a investigar*
3. *Frecuencia del evento a investigar*
4. *Vulnerabilidad del evento a medidas de intervención*
5. *Aplicabilidad de los resultados*
6. *Factibilidad técnico financiera del estudio*
7. *Valoración social del evento*
8. *Viabilidad política del estudio*
9. *Viabilidad ética del estudio*
10. *Evitación de saturación y duplicaciones de la información*
11. *Orientación del estudio a objetivos concretos*

LINEAS DE INVESTIGACION PRIORITARIAS AL NIVEL MUNDIAL

1. Estado mundial del Medioambiente
2. Emisiones de gas y fenómeno de invernadero
3. Pérdida de la biodiversidad
4. Escasez de agua
5. Agotamiento del recurso pesquero
6. Deforestación
7. Pobreza creciente
8. Inestabilidad financiera
9. Imposición de contribuciones e impuestos
10. Seguridad alimentaria
11. Mercado de productos nocivos (tabaco, armas, tóxicos)
12. Gobernabilidad
13. Guerra y conflictos

BMJ 2003;326:722-3

Al listado de investigaciones prioritarias en el ámbito internacional, el BMJ (182) ha adicionado las siguientes.

1. Problemas de salud globales que reduzcan la carga de enfermedad
2. Preocupaciones específicas de los países en desarrollo
3. Investigaciones que aumenten la equidad en los resultados de salud
4. Estudios que sólidamente comprometan la sociedad civil
5. Investigaciones que aumenten la equidad en las capacidades de conocimiento entre los pasados desarrollados y los países en vías de desarrollo.

6.4 PRIORIDADES PARA LA AGENDA DE INVESTIGACION EN SALUD PÚBLICA AL NIVEL MUNDIAL

6.5 PRIORIDADES PARA LA AGENDA DE INVESTIGACION EN SALUD PÚBLICA DE COLOMBIA (2005)

En 2003 el editorial del BMJ, (182) considerando las inquietudes de las agencias internacionales y

Entre Febrero y Noviembre de 2005, los nodos que conforman la red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud realizaron varias reuniones dirigidas a fijar los asuntos que debían orientar la agenda de investigación en sus diferentes regiones. Los participantes tuvieron en cuenta los lineamientos nacionales e internacionales y las situaciones más preocupantes en su respectivo ámbito de influencia. Cada nodo diseñó su propia metodología de

priorización, sin embargo los resultados del proceso fueron generados y legitimados por el acuerdo entre los participantes, y dieron origen al listado de problemas que aparece en la tabla siguiente.

**RED COLOMBIANA DE INVESTIGACION EN POLITICAS Y SISTEMAS DE SALUD.
INVENTARIO DE PROBLEMAS PRIORITARIOS EN SALUD PUBLICA
COLOMBIA 2005**

1. Problemáticas que deben ser reconocidas como prioritarias en relación con la salud pública y la seguridad social

1.1. El incremento y expansión de riesgos para la salud

- La expansión de la pobreza y la inequidad social
- La desintegración del tejido social (desorganización progresiva la comunitaria y pérdida del capital social)
- El aumento de la contaminación ambiental y deterioro de la calidad del ecosistema
- La contaminación de la cadena alimenticia (Aplicación de plaguicidas en cultivos y animales de abasto público, carne, leche y huevos)
- Los efectos sanitarios de la privatización de los recursos naturales y especialmente del agua
- Promoción de hábitos de consumo potencialmente dañinos para la salud
- Creencias y prácticas culturales que interfieren desfavorablemente con el estado de salud de la población
- La exposición de la población al conflicto armado
- El desplazamiento forzado de la población
- Los asentamientos poblacionales en zonas de riesgo
- La concentración de la población en núcleos urbanos y la desprotección de la población rural
- El riesgo de pandemias asociado con la rapidez de diseminación de brotes

1.2. El deterioro en el control de los determinantes de la salud

- El debilitamiento del Estado y de sus responsabilidades frente a los determinantes de la salud pública
- La desregulación del mercado y el debilitamiento en el control de la distribución y consumo de sustancias potencialmente nocivas
- La eliminación inadecuada de desechos
- El deterioro en los programas de control de infecciones sexualmente transmisibles
- El deterioro de los programas de control de vectores
- El deterioro en los programas de control de patologías de interés público (TBC, VIH-SIDA, inmuno prevenibles, riesgo materno infantil, riesgo cardiovascular)

1.3. La tendencia al aumento de enfermedades y problemas de salud pública

- El aumento en la frecuencia de enfermedades transmitidas por vectores
- El bajo peso al nacer
- El incremento en la frecuencia de patologías crónicas
- El incremento en el número de embarazos en población cada vez más joven
- El aumento en el número de embarazadas jóvenes con problemas de malnutrición
- El incremento del cáncer de mama
- La prevalencia de discapacidades originadas por causas prevenibles
- La violencia intrafamiliar, la violencia social y el conflicto armado

1.4. El aumento de la mortalidad evitable

- El aumento de la mortalidad materna

- El aumento de la mortalidad perinatal
- El aumento en las muertes por neumonía en menores de 5 años
- El aumento en la mortalidad por cáncer de cérvix
- El incremento de los casos de suicidio, en población joven

1.5. La capacidad limitada de las políticas sanitarias para identificar y controlar los problemas prioritarios

- Las deficiencias en la gestión de las políticas, planes y programas de salud pública.
- Las limitaciones del recurso humano vinculado a los entes territoriales para gestionar los problemas de la salud pública de su región (deficiente gestión de políticas públicas, planes y programas).
- El escaso impacto de la política pública en el bienestar de la comunidad. (Se han realizado múltiples actividades, por ejemplo en materia de salud sexual, sin que se observe un impacto favorable en los indicadores de salud).
- La debilidad de los procesos integrales de rehabilitación en las personas en situación de discapacidad
- La gestión de políticas públicas sin previsión de los contextos socioeconómicos y culturales ni de sus efectos potenciales a largo plazo
- La vulneración del derecho a la salud (La gente se ve obligada a recurrir cada vez más frecuentemente a la tutela para acceder a los servicios de salud)
- El debilitamiento del sistema de información
- La debilidad del sistema para establecer y garantizar la eficiencia y efectividad del aseguramiento

1.6. Las limitaciones de la estructura y capacidad de los servicios del sector para prevenir y atender apropiadamente las enfermedades, heridas y traumatismos prevalentes en la población.

- El fraccionamiento de las redes de prestación de servicios en los diferentes niveles de atención.
- La atención tardía (colas de atención) por parte de los entes aseguradores y prestadores del servicio
- Las bajas coberturas con servicios asistenciales para las poblaciones de estratos 1, 2 y 3
- Las dificultades en el acceso a medicamentos por parte de las poblaciones más pobres
- La limitada cobertura de vigilancia y control en las muestras analizadas en laboratorio
- La automedicación condicionada, entre otros factores, por los altos precios, por los copagos y cuotas moderadoras.
- Las deficiencias en la formación del recurso humano en áreas como promoción de la salud, prevención de las enfermedades y medicina comunitaria.

En relación con este listado, la red priorizó las siguientes líneas que podrían constituir un referente para la formulación de prioridades en investigación en salud pública para el país en los próximos meses:

CRITERIOS PARA DEFINIR LA PRIORIDAD DE LOS ESTUDIOS

1. **CRITERIOS GENERALES:** Los estudios deben priorizarse de acuerdo con su capacidad para generar información relevante que contribuya a:

- La comprensión de problemas definidos como prioritarios en los ámbitos internacional, nacional y local
- La superación de las inequidades
- La defensa de lo público
- La defensa de los derechos sociales en salud
- El cumplimiento de las Metas del Milenio
- La comprensión de los determinantes de la salud
- La optimización de la respuesta social y de la aplicación de los recursos

2. **NECESIDADES PRIORITARIAS DE INVESTIGACIÓN**

Las necesidades prioritarias de investigación se relacionan con los problemas prioritarios identificados:

2.1. Identificación y valoración de los determinantes de la salud y especialmente de los riesgos para la salud

- Valoración de la relación entre pobreza y salud
- Caracterización de las inequidades sociales y valoración de su relación con la salud
- Caracterización de las exclusiones sociales y sus relaciones con los riesgos para la salud de la población
- Valoración del capital social y su relación con la salud pública
- Monitoreo de la calidad del ambiente y sus efectos sobre la salud humana
- Monitoreo de la contaminación de la cadena alimenticia
- Valoración de la relación entre privatización de los recursos naturales y salud pública
- Monitoreo de los hábitos de consumo potencialmente dañinos para la salud (especial énfasis en tabaquismo y alcoholismo)
- Monitoreo de las creencias y prácticas culturales que interfieren desfavorablemente con el estado de salud de la población
- Caracterización de los comportamientos y estilos de vida como determinantes de la salud y la enfermedad
- Valoración de la relación entre el conflicto armado y la salud pública
- Caracterización del desplazamiento y de sus relaciones con la salud de las poblaciones desplazadas.
- Caracterización de los riesgos de desastres
- Caracterización de los problemas de salud de las grandes ciudades
- Previsión y caracterización de los nuevos riesgos sanitarios asociados con los procesos de globalización
- Monitoreo de los sistemas de control de los determinantes de la salud
- Monitoreo de la gestión de los agentes estatales frente a los determinantes de la salud pública
- Monitoreo de los sistemas de distribución y consumo de sustancias potencialmente nocivas
- Monitoreo de los sistemas de control de las patologías transmisibles (ITS, TBC)
- Monitoreo de los sistemas de control de vectores
- Monitoreo de los sistemas de eliminación de residuos
- Monitoreo de sistemas de promoción de factores protectores y condiciones saludables

2.2. Vigilancia de enfermedades y problemas de salud pública considerados prioritarios (cada ítem incluye la vigilancia de sus determinantes)

- Investigaciones operativas dirigidas a desarrollar metodologías de diagnóstico y vigilancia.
- Vigilancia de la malaria y el dengue
- Vigilancia del bajo peso al nacer
- Vigilancia del VIH-SIDA
- Vigilancia de trazadores de patologías crónicas
- Vigilancia de trazadores de salud sexual y reproductiva (especialmente de embarazos no deseados, embarazos de alto riesgo y mortalidad materna)
- Vigilancia de la desnutrición y los problemas carenciales
- Vigilancia del cáncer de mama
- Vigilancia de la discapacidad
- Caracterización y vigilancia de las manifestaciones de violencia y sus relaciones con la salud pública: violencia social (económica y política), violencia laboral (mobbing), violencias sexuales y violencias domésticas.
- Vigilancia de la depresión

2.3. Caracterización y vigilancia de la mortalidad evitable como indicadora de fallos en los sistemas de control de los determinantes de la salud

- Estudios de indicadores de mortalidad evitable: mortalidad materna, mortalidad perinatal, mortalidad por neumonía en menores de 5 años, mortalidad por cáncer de cérvix, mortalidad por complicaciones de la hipertensión, mortalidad asociada con tabaquismo.
- Caracterización y vigilancia del suicidio, especialmente en población joven.

2.4. Caracterización y evaluación de las políticas sanitarias

- Caracterización de la gestión de las políticas, planes y programas de salud pública realizada por las agencias estatales y privadas.
- Evaluación y seguimiento de los principios básicos del sistema de protección social: eficiencia, universalidad, solidaridad, integridad, unidad y participación
- Caracterización de las políticas públicas (contenido, contexto, intereses y proceso político). Comprende la caracterización de los principios técnicos, éticos y políticos incorporados a la normatividad; el estudio de los contextos económicos, políticos e ideológicos en que se han desarrollado las políticas, la caracterización de los actores e intereses que vienen impulsando la reforma sanitaria; la caracterización de las acciones adelantadas por las instituciones estatales y privadas, tanto nacionales como internacionales)
- Caracterización y evaluación del sistema de financiación del sector.
- Caracterización de la participación social en la gestión de las políticas que afectan su salud
- Elaboración de diagnósticos operativos que soporten la formulación de políticas, planes y programas.
- Evaluación de los efectos de la reforma sanitaria. Impacto de la política sanitaria sobre: el derecho a la salud, la mortalidad evitable, la morbilidad prioritaria para cada región, malaria y ETV, Tuberculosis, ITS y SIDA, inmunoprevenibles, trauma y accidentes, trastornos carenciales, factores de riesgo ambientales.
- Caracterización del recurso humano vinculado a los entes territoriales para gestionar los problemas de la salud pública de su región.
- Impacto de las políticas públicas en el bienestar de la comunidad.
- Caracterización de las políticas dirigidas a reducir las inequidades (económicas, de género, de discapacidad)
- Elaboración de estudios para soportar la gestión de políticas públicas (estudio de los contextos socioeconómicos y culturales y previsión de los efectos potenciales de la política a mediano y largo plazo)
- Caracterización y vigilancia del respeto por el derecho a la salud
- Estudios que propendan por el fortalecimiento de sistemas de información que soporten las políticas, planes y programas
- Caracterización y monitoreo de la eficiencia y efectividad del aseguramiento (estudios de costo/efectividad)
- Caracterización y Monitoreo de la política farmacéutica.
- Contribución y compatibilidad de las políticas de sistema de salud y los objetivos del Milenio

2.5. Caracterización y evaluación de la estructura y capacidad de los servicios del sector para prevenir y atender apropiadamente los problemas prioritarios

- Investigaciones operativas dirigidas a desarrollar metodologías para la gestión de servicios de salud.
- Investigaciones operativas dirigidas a desarrollar tecnologías que mejoren el desempeño de los servicios.
- Monitoreo de coberturas con servicios prioritarios
- Evaluación de la calidad de los servicios dirigidos al control de problemas prioritarios
- Evaluación de eficiencia y efectividad de servicios dirigidos al control de los problemas prioritarios
- Caracterización y monitoreo de la estructura y funcionalidad de las redes de prestación de servicios en los diferentes niveles de atención.
- Caracterización y monitoreo de la oportunidad de la atención tardía (estudios de colas de atención) por parte de los entes aseguradores y prestadores del servicio
- Estudios de accesibilidad a servicios prioritarios (incluyendo medicamentos). Incluye identificación y caracterización de las barreras de acceso y sus consecuencias.
- Caracterización y seguimiento de la financiación del sistema de atención médica y de la aplicación de los recursos
- Caracterización y seguimiento de la financiación del sistema de atención al ambiente y de la aplicación de los recursos
- Evaluación del aseguramiento como estrategia para resolver problemas de salud
- Alcances y limitantes de la intermediación sobre la calidad de la atención en salud
- Caracterización de la dinámica del recurso humano del sector (oferta, demanda, aplicación, competencias y desempeño)
- Caracterización y evaluación de los programas de formación del recurso humano en áreas como promoción de la salud, prevención de las enfermedades y medicina comunitaria.
- Caracterización del papel del sector privado frente a salud pública
- Caracterización del conocimiento tradicional como recurso para la salud

Los procesos de priorización permitieron adicionalmente la identificación de otros problemas específicos de salud pública que varios investigadores consideraron también objeto prioritario de investigación en sus localidades:

1. Principios éticos que rigen la política social y sanitaria vigente.
2. Impacto de la promoción y prevención en el perfil epidemiológico
3. Evaluación de los recursos humanos en materia de nutrición
4. Caracterización de los factores de riesgo asociados a suicidio en adolescentes
5. Condiciones de las personas en situación de discapacidad
6. Situación de malnutrición en los diferentes grupos poblacionales, especialmente en las mujeres gestantes
7. Consecuencias del uso y abuso de sustancias psicoactivas en jóvenes
8. Caracterización epidemiológica de la ansiedad
9. Calidad toxicológica de los alimentos
10. Automedicación
11. Diagnóstico sanitario de las viviendas en estratos 1, 2 y 3 y en zona rural
12. Zoonosis en caninos callejeros
13. Formación en salud pública y salud comunitaria de los profesionales de la salud,
14. Hábitos en salud de la población juvenil (bulimia y anorexia).
15. Empoderamiento de las personas frente a su salud (Autocuidado y educación)
16. Cultura de la salud, analizada desde los grupos poblacionales y las diferentes regiones
17. Concepto de salud en las diferentes poblaciones y regiones. Componente cultural
18. Posicionamiento de la ciencia y la tecnología en el área de la salud en Colombia
19. Tipo de justicia que impera en el sistema de salud, incluyendo los aspectos legales, éticos y administrativos.
20. Financiación y costos en el sistema de salud
21. La tutela como indicador del derecho a la salud y como mecanismo alternativo de acceso a los servicios de salud
22. Evaluación de estrategias para impactar los indicadores en salud
23. Costo adicional asumido por los usuarios que permita conocer el costo real de la atención en salud
24. Evaluación de tiempos de espera por servicio (Comparación de los regímenes contributivo y subsidiado)
25. Caracterización de la participación social en la gestión de las políticas que afectan su salud
26. Caracterización del proceso de planeación en salud en la política sanitaria

27. Caracterización del proceso de control estatal sobre la aplicación de los recursos en la política sanitaria colombiana de 1975-2005
28. Impacto de la descentralización sobre indicadores trazadores el control de determinantes ambientales.
29. Caracterización de la política de salud bucal
30. Evaluación de las redes de servicios y sus sistemas de referencia y contrareferencia

Reference List

- (1) Gómez-A RD. Salud Pública: Consecuencias de la Polisemia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2002;20(1).
- (2) Franco-Agudelo S. Teoría y práctica de la salud pública. 1993. Medellín, Facultad Nacional de Salud Pública. Ciclo: Objeto de la salud pública.
Ref Type: Pamphlet
- (3) Franco G A. Los temas de la Salud Pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2002;20(1):5-7.
- (4) Organización Mundial de la Salud. Carta de Constitución. Ginebra; 1948.
- (5) Organización Mundial de la Salud. Salud Para Todos en el año 2000. Ginebra: OMS; 1978.
- (6) Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata: Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud, Alma Ata (URSS). 1978.
Ref Type: Serial (Book,Monograph)
- (7) Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. 13-22. 2000.
Ref Type: Serial (Book,Monograph)
- (8) Canadian Public Health Association. Ottawa Charter for Health Promotion. 1-4. 1986. Ottawa (Canadá), International Conference on Health Promotion.
Ref Type: Generic
- (9) Pedersen D. La construcción cultural de la salud en América Latina. In: Pinzón C, SR, Garay G, editors. Cultura y Salud en la construcción de las Américas. Reflexiones sobre el sujeto social. Bogotá: COLCULTURA - ICAN - CIPLSP; 1999. p. 141-52.
- (10) Mieles E, Prada G. Necesidades o Derechos, cómo medir la pobreza? Periódico U N 2005 Mar;72.
- (11) OPS/OMS. La Salud en las Américas. Washington: OPS/OMS; 2002. Report No.: Volumen 1 y 2.
- (12) Berkman L, Lochner KA. Social Determinants of health: Meeting at the crossroads. Health affairs 2002 Mar.
- (13) OMS. Social Determinants of health. The solid facts. 2nd edition ed. 2003.
- (14) Muñoz F, et al. Las Funciones Esenciales de la Salud Pública: Un tema Emergente en las Reformas del Sector de la Salud. Revista Panamericana de Salud Pública 2000;8(1/2).
- (15) Organización Panamericana de la Salud. Funciones esenciales de salud pública. Washington: OPS; 2000 Apr. Report No.: CE126/17.
- (16) Organización Panamericana de la Salud. Funciones esenciales de salud pública. Washington: OPS; 2000 Apr. Report No.: CE126/17.
- (17) Gómez-Arias R. Evaluar la salud o evaluar un negocio? Consecuencias de confundir un sistema de salud con un sistema de servicios de salud. Facultad de Salud Pública UdA, editor. 2005.
Ref Type: Unpublished Work
- (18) Krieger N. Epidemiology and the Web of causation: Has anyone seen the spider? Soc Sci Med 1994;39(7):998-03.
- (19) Susser M, Susser E. Choosing a futures for Epidemiology: Eras and Paradigms. Am J Public Health 1996;86:688-73.

- (20) Max-Neef M, Elizalde A, Hopenhayn M. Desarrollo a escala humana: Una opción para el futuro. Motala Grafiska Suecia; 1986.
- (21) Max-Neef M, Elizalde A, Hopenhayn M. Desarrollo a escala humana: Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones. Barcelona: ICARIA Editorial; 1993.
- (22) Breihl J. Lecturas opuestas del papel de la epidemiología y la reforma en salud: El Debate sobre los Modelos de Desarrollo Humano Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía (Brasil); 2000.
- (23) Gómez-Arias R. Evaluar la salud o evaluar un negocio? Consecuencias de confundir un sistema de salud con un sistema de servicios de salud. Facultad de Salud Pública UdA, editor. 2005.
Ref Type: Unpublished Work
- (24) Gómez-Arias R. Evaluar la salud o evaluar un negocio? Consecuencias de confundir un sistema de salud con un sistema de servicios de salud. Facultad de Salud Pública UdA, editor. 2005.
Ref Type: Unpublished Work
- (25) Terris M. Perspectiva mundial de los sistemas de salud. México: Siglo XXI; 1980.
- (26) Alliance for Health Policy and Systems Research. Strengthening health systems: the role and promise of policy and systems research. Geneva: Global Forum for Health Research; 2004.
- (27) Gómez-Arias R. Evaluar la salud o evaluar un negocio? Consecuencias de confundir un sistema de salud con un sistema de servicios de salud. Facultad de Salud Pública UdA, editor. 2005.
Ref Type: Unpublished Work
- (28) Fullilove R, Edgoose J, Fullilove M. Chaos, criticality and public health. Editorial. J-Natl-Med-Assoc 1997;89(6):311-6.
- (29) Gómez-Arias R. Evaluar la salud o evaluar un negocio? Consecuencias de confundir un sistema de salud con un sistema de servicios de salud. Facultad de Salud Pública UdA, editor. 2005.
Ref Type: Unpublished Work
- (30) Terris M. Sistemas mundiales de salud. HM. 1980. Medellín, Facultad Nacional de Salud Pública.
Ref Type: Pamphlet
- (31) Cardona-Osorio J. El concepto de salud, enfermedad y salud pública según los diferentes modos de producción. Revista Centroamericana de Administración Pública 1987;12:103-36.
- (32) Gómez-Arias R. Tendencias de la prestación de los servicios de salud en la nueva estructura sanitaria del país. Seminario taller: la docencia servicio y los sistemas locales de salud.; Universidad de Antioquia; 1993.
- (33) Gómez L, Astier P, Aibar C. Modelos de sistemas sanitarios. In: Piédrola G, et al, editors. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10 ed. Barcelona: Masson; 2001. p. 1105-11.
- (34) Gómez-Arias R. Evaluar la salud o evaluar un negocio? Consecuencias de confundir un sistema de salud con un sistema de servicios de salud. Facultad de Salud Pública UdA, editor. 2005.
Ref Type: Unpublished Work
- (35) Gómez-Arias R. Evaluar la salud o evaluar un negocio? Consecuencias de confundir un sistema de salud con un sistema de servicios de salud. Facultad de Salud Pública UdA, editor. 2005.
Ref Type: Unpublished Work
- (36) Gómez-Arias R. Evaluar la salud o evaluar un negocio? Consecuencias de confundir un sistema de salud con un sistema de servicios de salud. Facultad de Salud Pública UdA, editor. 2005.
Ref Type: Unpublished Work
- (37) Yepes-Luján F, Jaramillo-Pérez I, et al. Las reformas de la salud a partir de la ley 100 de 1993: Los logros, las pérdidas, los problemas, acciones a recomendar. Bogotá: ASSALUD; 2005.

- (38) Yepes-Luján F, Rivera S, Sanchez L, et al. Diseño y Aplicación de una Encuesta para la Evaluación de las Acciones de Promoción y Prevención del Plan de Atención Básica de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y del Logro de Las Metas del Plan de Atención Básica- PAB Departamental y Distrital. Bogotá: ASSALUD; 2004 Dec 14. Report No.: Informe final preliminar.
- (39) Arbeláez M, Gaviria M, Franco A, Restrepo R, Hincapié D, Blas E. Tuberculosis control and managed competition in Colombia. *Int J Health Plann Mgmt* 2004;2004(19):S25-S43.
- (40) Cardona A, Nieto E, Arbeláez M, Agudelo H, Chávez B, Montoya A, et al. Impacto de la Reforma de la Seguridad Social sobre la Organización Institucional y la prestación de los Servicios de Salud en Colombia. Medellín: Vieco e Hijas Ltda; 1999.
- (41) Kroeger A, Ordoñez-Gonzalez J, Aviña A. Malaria control reinvented: health sector reform and strategy development in Colombia. *Tropical Medicine and International Health* 2002;7(5):450-8.
- (42) Gómez-Arias R. Evaluar la salud o evaluar un negocio? Consecuencias de confundir un sistema de salud con un sistema de servicios de salud. Facultad de Salud Pública UdA, editor. 2005.
Ref Type: Unpublished Work
- (43) Gómez-Arias R. Evaluar la salud o evaluar un negocio? Consecuencias de confundir un sistema de salud con un sistema de servicios de salud. Facultad de Salud Pública UdA, editor. 2005.
Ref Type: Unpublished Work
- (44) Gómez-Arias R. Evaluar la salud o evaluar un negocio? Consecuencias de confundir un sistema de salud con un sistema de servicios de salud. Facultad de Salud Pública UdA, editor. 2005.
Ref Type: Unpublished Work
- (45) Londoño J, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health sector reform in Latin America. *Health Policy* 1997;41(1-36).
- (46) World Health Organization. Investing in health and development. Report of the ad hoc committee on health research relating to future intervention options. Geneva; 1996.
- (47) OECD, World Health Organization. Poverty and health. Paris; 2003.
- (48) World Health Organization. Improving health outcomes of the poor. Geneva; 2002.
- (49) World Health Organization. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO; 2001.
- (50) World Health Organization. The World Health Report 2000. Geneva: WHO; 2001.
- (51) Travis P, Egger D, Davies P, Mechabal A. Towards better stewardship: Concepts and Critical Issues. In: Murray C, Evans D, editors. *Health Systems Performance Assessment*. Geneva: World Health Organization; 2005. p. 290-300.
- (52) Ugá A, Landmann C, Almeida C, Travassos C, Viacava Francisco, Mendes R J, et al. Considerações sobre o Relatório OMS 2000. Fiocruz ENSP 2000 December 14 Available from: URL: www.ensp.fiocruz.br
- (53) Roth D. Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación. Bogotá: Aurora; 2004.
- (54) Henao O. v 2005.
- (55) Vargas A. El Estado y las Políticas Públicas. Bogotá: 1999.
- (56) Walt G. Health policy: An introduction to process and power. Johannesburg: Witwatersrand University Press; 1994.
- (57) Gómez-Arias R. Gestión de políticas públicas y salud. III Jornada Nacional de Ac-

- tualización en Promoción de la Salud; Manizales 2004.
- (58) Gómez-Arias R. Gestión de políticas públicas y salud. III Jornada Nacional de Actualización en Promoción de la Salud; Manizales 2004.
- (59) Gómez-Arias R. Gestión de políticas públicas y salud. III Jornada Nacional de Actualización en Promoción de la Salud; Manizales 2004.
- (60) Hancock T. The conserver society. *Can Fam Phys* 1981 Mar 26;320-1.
- (61) Hancock T. Beyond Health Care. *The Futurist* 1982 Aug;4-13.
- (62) Milio N. Glossary: healthy public policy. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:622-3.
- (63) Milio N. Promoting health through public policy. Ottawa.: 1989.
- (64) Gómez-Arias R. Gestión de políticas públicas y salud. III Jornada Nacional de Actualización en Promoción de la Salud; Manizales 2004.
- (65) Gómez-Arias R. Gestión de políticas públicas y salud. III Jornada Nacional de Actualización en Promoción de la Salud; Manizales 2004.
- (66) Gómez-Arias R. Efectos de la ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia. Universidad de Antioquia; Medellín 2005.
- (67) Gómez-Arias R. Efectos de la ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia. Universidad de Antioquia; Medellín 2005.
- (68) Gómez-Arias R. Efectos de la ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia. Universidad de Antioquia; Medellín 2005.
- (69) Stiglitz J. El rumbo de las reformas: Hacia una nueva agenda para América Latina. *Revista de la Cepal* 2003 Aug;80:7.
- (70) Gómez-Arias R. Efectos de la ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia. Universidad de Antioquia; Medellín 2005.
- (71) Vásquez M, Siqueira E, Kruze I, Da Silva A, Leite I. Los procesos de reforma y política social en América Latina. *Gac Sanit* 2002;16(1):30-8.
- (72) González-Rossetti A, Mogollón O. La reforma de salud y su componente político: Un análisis de factibilidad. *Gaceta Sanitaria* 2002;16(1):39-47.
- (73) Gómez-Arias R. Efectos de la ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia. Universidad de Antioquia; Medellín 2005.
- (74) Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en salud. 1-17. 1993. Washington. Ref Type: Serial (Book,Monograph)
- (75) González-Rossetti A, Mogollón O. La reforma de salud y su componente político: Un análisis de factibilidad. *Gaceta Sanitaria* 2002;16(1):39-47.
- (76) Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en salud. 1-17. 1993. Washington. Ref Type: Serial (Book,Monograph)
- (77) González-Rossetti A, Bossert T. Mejorando la Factibilidad Política de la Reforma en Salud: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia y México. [36]. 2000. Iniciativa Regional de Latino América y el Caribe para la Reforma en Salud. Ref Type: Serial (Book,Monograph)
- (78) González-Rossetti A, Bossert T. Mejorando la Factibilidad Política de la Reforma en Salud: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia y México. [36]. 2000. Iniciativa Regional de Latino América y el Caribe para la Reforma en Salud. Ref Type: Serial (Book,Monograph)
- (79) González-Rossetti A, Bossert T. Mejorando la Factibilidad Política de la Reforma en Salud: Un Análisis Comparativo de

- Chile, Colombia y México. [36]. 2000. Iniciativa Regional de Latino América y el Caribe para la Reforma en Salud. Ref Type: Serial (Book, Monograph)
- (80) Gómez-Arias R. Efectos de la ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia. Universidad de Antioquia; Medellín 2005.
- (81) González-Rossetti A, Bossert T. Mejorando la Factibilidad Política de la Reforma en Salud: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia y México. [36]. 2000. Iniciativa Regional de Latino América y el Caribe para la Reforma en Salud. Ref Type: Serial (Book, Monograph)
- (82) Varela A, Carrasquilla G, Tono T. Asimetría en la información: Barreras para la implementación de la reforma en Colombia. Colombia Médica 2002;33(3):95-101.
- (83) González-Rossetti A, Bossert T. Mejorando la Factibilidad Política de la Reforma en Salud: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia y México. [36]. 2000. Iniciativa Regional de Latino América y el Caribe para la Reforma en Salud. Ref Type: Serial (Book, Monograph)
- (84) González-Rossetti A, Bossert T. Mejorando la Factibilidad Política de la Reforma en Salud: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia y México. [36]. 2000. Iniciativa Regional de Latino América y el Caribe para la Reforma en Salud. Ref Type: Serial (Book, Monograph)
- (85) Organización de Naciones Unidas. Objetivos del Milenio. United Nations 2000 September 8 Available from: URL: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>
- (86) World Health Organization. Shaping the future: The World health report 2003. Geneva: WHO; 2003.
- (87) Gómez-Arias R. Gestión de políticas públicas y salud. III Jornada Nacional de Actualización en Promoción de la Salud; Manizales 2004.
- (88) Gómez-Arias R. Gestión de políticas públicas y salud. III Jornada Nacional de Actualización en Promoción de la Salud; Manizales 2004.
- (89) Gómez-Arias R. Gestión de políticas públicas y salud. III Jornada Nacional de Actualización en Promoción de la Salud; Manizales 2004.
- (90) Gómez-Arias R. Gestión de políticas públicas y salud. III Jornada Nacional de Actualización en Promoción de la Salud; Manizales 2004.
- (91) Gómez-Arias R. Gestión de políticas públicas y salud. III Jornada Nacional de Actualización en Promoción de la Salud; Manizales 2004.
- (92) Conferencia Mundial sobre la Ciencia para el Siglo XXI: Un nuevo compromiso. Declaración de Budapest. Declaración sobre la Ciencia y el uso del saber científico. <http://www.campus-oei.org/salactsi/budapestdec.htm> 1999 June 26 Accesado Nov 1 de 2005
- (93) Guerra de Mesa Mdr. Lineamientos básicos de política de ciencia y tecnología. Bogotá: COLCIENCIAS; 2003.
- (94) Stiglitz J. El rumbo de las reformas: Hacia una nueva agenda para América Latina. Revista de la Cepal 2003 Aug;80:7.
- (95) Gómez-Arias R. Efectos de la ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia. Universidad de Antioquia; Medellín 2005.
- (96) Franco A. Seguridad social y salud en Colombia. Estado de la reforma. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2000;2(1):1-16.
- (97) Hernández M. El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2001;19(1):57-70.
- (98) Colciencias. Lineamientos Básicos de Política de Ciencia y Tecnología. Bogotá: COLCIENCIAS; 2003.

- (99) Ortiz N. Nociones generales acerca de las políticas públicas. Cali: Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca; 2005.
- (100) Álvarez A. Temas de coyuntura en gestión pública. España.; 1992.
- (101) Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Salud y ambiente en el desarrollo humano sostenible de las Américas. Washington, D.C.: Conferencia Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible.; 1995 Oct.
- (102) USACH. Salud y medio ambiente. Santiago: SUMA21 (Sustentabilidad y Medio Ambiente para el siglo 21); 2005.
- (103) AUPEC (Agencia Universitaria de Periodismo Científico). Salud y medio ambiente. Suplemento "La Salud". 2003. Universidad del Valle.
Ref Type: Magazine Article
- (104) Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud. Perfil del sistema de servicios de salud de Colombia. OPS; 2002 May. Report No.: 2da. edición.
- (105) OMS. Informe Mundial sobre el conocimiento orientado a mejorar la salud. Fortalecimiento de los sistemas sanitarios. Ginebra; 2004.
- (106) Suchman E. Evaluative Research: Principles and Practice in Public Service and Social Action Programs. New York: Russell Sage Foundation; 1967.
- (107) Salazar Ld. Evaluación de Tecnología en Salud Pública. Artes Gráficas Univalle; 2000.
- (108) Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata: Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud, Alma Ata (URSS). 1978.
Ref Type: Serial (Book, Monograph)
- (109) Canadian Public Health Association. Ottawa Charter for Health Promotion. 1-4. 1986. Ottawa (Canadá), International Conference on Health Promotion.
Ref Type: Generic
- (110) Grisales L, GE, Torres B, Nieto E. Contexto de la investigación en salud pública. Medellín: 2005.
- (111) Martínez-Morante E, García-Caliente M, Rodríguez I, Navarro G. Revisión de guías para incorporar la perspectiva de género e investigación en Ciencias de la Salud. [http:// www.easp.es/redgenero/documentos/revisiónguías.pdf](http://www.easp.es/redgenero/documentos/revisiónguías.pdf) 2005
- (112) Secretaría de Salud de México. Programa de Acción: Investigación en Salud. México D.F; 2001.
- (113) Frenk J. La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. México D.F: Fondo de Cultura Económica.; 1997.
- (114) Moynihan R. Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. Disentanglement. BMJ 2003;326:1193-6.
- (115) Scott C, West E. Nursing in the public sphere: health policy research in a changing world. J Adv Nurs 2001 Feb;33(3):387-95.
- (116) Gómez-Arias R, Orozco D, Rodríguez-Ospina F, Velásquez-Vélez W. Políticas públicas y salud: relación entre investigación y decisión. En proceso de publicación, editor. Revista Facultad Nacional de Salud Pública . 2005.
Ref Type: Unpublished Work
- (117) Phillips C. The economics of 'more research is needed'. International Journal of Epidemiology 2001;30:771-6.
- (118) Innerarity D. La sociedad Invisible. El País . 19-2-2002. Madrid.
Ref Type: Magazine Article
- (119) Milio N. La contribución de la investigación. Revisiones en salud Pública 1993;3:155-67.

- (120) Stone D, Maxwell S, Keating M. Bridging Research and Policy. An International Workshop. UK: Department for International Development Warwick University; 2002 Jul 16.
- (121) Scott C, West E. Nursing in the public sphere: health policy research in a changing world. *J Adv Nurs* 2001 Feb;33(3):387-95.
- (122) World Health Organization. 10/90 Report 2002. Geneva: Global Forum on Health Research; 2002.
- (123) Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en salud. 1-17. 1993. Washington. Ref Type: Serial (Book, Monograph)
- (124) Global Forum on Health Research. The 10/90 Report on health research. Geneva: World Health Organization; 1999.
- (125) Pellegrini F. Ciencia en Pro de la Salud. Notas para la actividad científica para el desarrollo de la salud en América Latina y el Caribe. Publicación científica y Técnica; Organización Panamericana de la Salud; 2000.
- (126) Gómez-Arias R. Políticas de Salud ¿qué investigar?., editor. [Conferencia], -20. 2004. Medellín, Facultad Nacional de Salud Pública. Ref Type: Generic
- (127) Bronfman M. De la investigación en salud a la política: la difícil traducción. México D.F: Manual Moderno; 2003.
- (128) Trostle J, Bronfman M, Langer J. How do researchers influence decision-makers? Case studies of Mexican policies. *Health Policy and Planning* 2005;14(2):103-14.
- (129) Brundtland G. Health Research for development. International. Geneva: WHO; 1999.
- (130) Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en salud. 1-17. 1993. Washington. Ref Type: Serial (Book, Monograph)
- (131) World Health Organization. 10/90 Report 2002. Geneva: Global Forum on Health Research; 2002.
- (132) World Health Organization. 10/90 Report 2002. Geneva: Global Forum on Health Research; 2002.
- (133) International Conference on Health Research for Development 2000. Health research for development: the continuing challenge. http://www.cohred.ch/documents_COHREDweb/Reports_conference/discussionpaper.pdf accessed 01/03/2005 2000 October 10
- (134) Cumbre ministerial sobre investigaciones en salud. Declaración de México: Conocimientos para una mejor salud ACIÓN DE MÉXICO. México; 2004 Nov 16.
- (135) Franco A. Seguridad Social y Salud en Colombia. Estado de la Reforma. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999 Dec 9.
- (136) Gómez-Buendía H. Educación: La agenda del siglo XXI. Hacia un desarrollo humano. Bogotá: 1998.
- (137) De los Rios R. La Cooperación Técnica de OPS para la Formación y el Intercambio de Investigadores. La Habana: OPS-OMS; 2000.
- (138) Funciones esenciales de la Salud Pública., Resolución CD 42 r14, Consejo Directivo de OPS, (2000).
- (139) ICFES. Investigación Pedagógica. Fundamento Central de formación del docente universitario. Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior; 2003.
- (140) OMS. La función de la investigación y de los sistemas de información en la adopción de decisiones relativas al desarrollo de recursos humanos para la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1990. Report No.: 802.
- (141) Roses M. Discurso presentado durante la inauguración de la Cumbre Mundial Mi-

- nisterial de Investigación en Salud. Ciudad de México; 2004.
- (142) De los Rios R. La promoción de la investigación en salud pública: búsqueda del equilibrio entre pertinencia y excelencia. <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Vol 5-4&5-delorios.htm> 1999 [cited 2005 Mar 22];
- (143) García L. Problemas, estrategias y prioridades de la investigación en salud con especial referencia a las ciencias básicas biomédicas. Salud para la calidad de la vida. Bases para un Plan del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud. Bogotá: Tercer Mundo; 1993.
- (144) González BE. La investigación en los servicios de salud. Salud para la calidad de la vida. Bases para un Plan del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud. Bogotá: Tercer Mundo; 1993.
- (145) UNESCO. Documento de Política para el Cambio y el Desarrollo de la Educación Superior. París; 1995.
- (146) Ministerio de Salud de Colombia, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Estudio de recursos humanos para la salud y la educación médica en Colombia. Métodos y resultados. Bogotá: 1969.
- (147) González-Agudelo B. Distribución y características de la investigación en Salud en Colombia. Ottawa: 1986.
- (148) González-Agudelo B. La investigación en los servicios básicos de salud. In: Colciencias, editor. Salud para la calidad de la vida. Bases para un plan del programa nacional de ciencia y tecnología de la salud. Bogotá: 1993. p. 52.
- (149) González-Agudelo B, et al. Investigación. In: Ministerio de Salud de Colombia, Departamento Administrativo de Planeación, editores. La salud en Colombia. Estudio sectorial de salud. Bogotá: 1990. p. 513.
- (150) Yepes-Luján F, et al. La salud en Colombia. Estudio sectorial de salud. Bogotá: 1990.
- (151) Plaza-Dominguez B, Chavarriaga I, Vélez-Arango A. Programa Nacional de Investigación en Sistemas de salud. Informe Final. 1995. Report No.: Contrato 178/1995.
- (152) FES, FEDESARROLLO. Estudio científico de la respuesta social organizada a las condiciones de salud y enfermedades en poblaciones. Bogotá; 1996.
- (153) Misión de Ciencia y Tecnología. Programa de Desarrollo Científico y Tecnológico. Bogotá; 1990.
- (154) Colciencias. Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud: Plan Estratégico 1999-2004. Bogotá: Instituto Colombiano para el desarrollo de la Ciencia y la Tecnología "Francisco Antonio Caldas"; 1999 Oct.
- (155) Departamento Nacional de Planeación. Documento Conpes 3080. Bogotá: República de Colombia.; 2000.
- (156) Departamento Nacional de Planeación. Política Nacional de Ciencia y Tecnología 1994-1998. Bogotá: República de Colombia; 1994. Report No.: Documento Conpes 2739.
- (157) Colciencias. Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud: Plan Estratégico 1999-2004. Bogotá: Instituto Colombiano para el desarrollo de la Ciencia y la Tecnología "Francisco Antonio Caldas"; 1999 Oct.
- (158) Mosley W, Bobadilla J, Jamison. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2005.
- (159) Sánchez DM, Bazzani R, Gómez S. Prioridades en la Investigación de la salud colectiva en América Latina. Montevideo: Ediciones Trilce.; 1998.
- (160) Murray C, Mathers C, Salomon J. Towards Evidence-Based public Health. In: Murray C, Evans D, editores. Health Sys-

- tems Performance Assessment. Geneva: World Health Organization; 2005. p. 716-26.
- (161) Brownson R, Gurney J, Land G. Evidence-based decision making in public health. *Journal of Public Health Management practice* 1999;5:86-97.
- (162) Colciencias. Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud: Plan Estratégico 1999-2004. Bogotá: Instituto Colombiano para el desarrollo de la Ciencia y la Tecnología "Francisco Antonio Caldas"; 1999 Oct.
- (163) Colciencias. Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud: Plan Estratégico 1999-2004. Bogotá: Instituto Colombiano para el desarrollo de la Ciencia y la Tecnología "Francisco Antonio Caldas"; 1999 Oct.
- (164) Colciencias. Salud para la calidad de la vida. 2005.
- (165) ASSALUD. Delineación de las políticas de investigación en salud pública para Colombia hasta el año 2010. Informe final. Bogotá: ASSALUD; 1998.
- (166) Colciencias. Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud: Plan Estratégico 1999-2004. Bogotá: Instituto Colombiano para el desarrollo de la Ciencia y la Tecnología "Francisco Antonio Caldas"; 1999 Oct.
- (167) Jaramillo-Salazar H. Política científica y tecnológica en Colombia: Evaluación e Impacto durante la década de los noventa. BOGOTÁ: CEPAL; 2004.
- (168) Sachs J. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. World Health Organization; 2001 Dec. Report No.: Report of the Commission on Macroeconomics and Health.
- (169) Innvær S, Vist G, Trommald M, Oxman A. Health policymaker's perceptions of their use of evidence: a systematic review. *J Health Serv Res Policy* 2002;7(4):239-44.
- (170) Dobrow M, Goel V, Upshur R. Evidence-based health policy: context and utilisation. *Soc-Sci-Med* 2004;58:207-17.
- (171) Elliot H, Popay J. How are policy makers using evidence? Models of research utilisation and local NHs policy making. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:461-8.
- (172) Lavis J, Ross S, Hurley J. Examining the Role of Health services Research in Public Policymaking. *Milbank Quarterly*, 2003;80(2).
- (173) Haines A, et al. Bridging the implementation gap between knowledge and action for health. *Bulletin of the World Health Organization* 2004;82(724):732.
- (174) Portela L, Contandriopoulos A. O uso de pesquisas na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégias. *Cad Saúde Pública* 2004 Mar;20(2):546-54.
- (175) Urrego Z, Muñoz M, Bello N. La investigación para la toma de decisiones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Investigaciones en Seguridad Social y Salud* 2000 Dec;2.
- (176) Mosquera J, Gómez O, Méndez F. Uso de los resultados de las investigaciones en salud pública en una entidad territorial de salud en Colombia. *Colombia Médica* 2005 Mar;36(1).
- (177) Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. *Hacerlo realidad: Cómo pueden los decisores utilizar la investigación sobre políticas y sistemas para fortalecer los sistemas de salud*. Ginebra; 2005.
- (178) Gómez-Arias R. *La priorización: proceso técnico o político?* Facultad Nacional de Salud Pública, editor. 2005. Ref Type: Unpublished Work
- (179) International Conference on Health Research for Development 2000. Health re-

- search for development: the continuing challenge. http://www.cohred.ch/documents_COHREDweb/Reports_conference/discussionpaper.pdf accessed 01/03/2005
2000 October 10
- (180) Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en salud. 1-17. 1993. Washington.
Ref Type: Serial (Book, Monograph)
- (181) Colciencias. Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud: Plan Estratégico 1999-2004. Bogotá: Instituto Colombiano para el desarrollo de la Ciencia y la Tecnología "Francisco Antonio Caldas"; 1999 Oct.
- (182) Labonte R, Spiegel J. Setting global health research priorities: Burden of disease and inherently global health issues should both be considered. *BMJ* 2003;326:722-3.



7

***FUNDAMENTOS DE UN SISTEMA
DE GESTION DEL CONOCIMIENTO
PARA LA SALUD PÚBLICA***

7 FUNDAMENTOS DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO PARA LA SALUD PÚBLICA PARA COLOMBIA

7.1 Definición

El Sistema Colombiano de Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud SCDCTS es el conjunto de recursos humanos, técnicos, financieros y procedimentales organizados con la finalidad de promover en el país una gestión del conocimiento ajustada a los criterios de calidad reconocidos internacionalmente, que de cuenta de la salud de la población, de los problemas que la afectan, de los determinantes que la modifican y del sistema de respuesta social destinado a intervenirla, y que optimice la planificación y la asignación de recursos. El Sistema Colombiano de Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud SCDCTS se rige por las normas aplicables al Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología del cual hace parte, en especial por la Ley 29 de 1990.

7.2 Finalidad de la investigación en políticas públicas y sistemas de salud

La finalidad del SCDCTS es proveer al sistema de toma de decisiones de los actores que se desempeñan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en las acciones de Protección de la Salud Pública, la información requerida para definir, valorar y mejorar las intervenciones sobre la salud y sus determinantes.

En cumplimiento de su finalidad, el SCDCTS debe conferir especial importancia a los tomadores de decisiones vinculados al sistema político y al Gobierno en sus diferentes niveles.

7.3 Objeto del conocimiento en políticas públicas y sistemas de salud

El SCDCTS tiene un objeto de estudio amplio que, con fines operativos, se ha agrupado en tres líneas, cada una de ellas con sus correspondientes áreas de interés.

Las prioridades del país para cada período de gobierno se inscribirán en el marco las líneas y sus áreas específicas:

7.4 La salud de la población como hecho público:

- Problemas prioritarios de la población en materia de salud: comprende el estudio de las enfermedades, defunciones, traumatismos y desgastes que comprometen la salud de la población.
- Potencialidades de la población: Indicadores objetivos y subjetivos de calidad de vida y desarrollo personal y social, esperanza de vida, tiempo libre de enfermedad.
- Determinantes del proceso salud enfermedad: Comprende un conjunto amplio de objetos de estudio cuya dinámica influye favorable o desfavorablemente sobre la salud. Entre ellos se incluyen: los procesos demográficos, las condiciones de vida, los procesos económicos de producción y distribución, las condiciones del hábitat y del medio ambiente, la estructura y dinámica de las pobrezas, los patrones de consumo y los comportamientos y estilos de vida. Especial importancia reviste en este campo es estudio de factores de riesgo frente a los cuales haya poca evidencia.
- Los derechos humanos y la salud.
- Las relaciones entre salud y desarrollo social. Consideradas en su doble dimensión: La salud como expresión del desarrollo y la salud como determinante del desarrollo

7.5 La salud pública como práctica social (respuesta social)

- Políticas y salud: Incluye el estudio de las normas jurídicas, los planes, programas, proyectos y contratos cuyo contenido afecta la salud; en cada una de estas áreas la línea cubre el estudio de los contenidos formales de la política, los actores involucrados y sus intereses, los procesos involucrados en la decisión, los sistemas políticos que actúan como contexto y la valoración de sus efectos directos e indirectos.
- Sistemas de servicios y salud: cubre el estudio de los sistemas de respuesta social en sus diferentes manifestaciones; en cada caso se ocupará de dar cuenta de la necesidad que se pretende resolver, las características de los beneficiarios, las características de los prestadores del servicio, la relación entre el prestador del servicio y el beneficiario, los resultados benéficos y adversos del servicio, las condiciones de operación del servicio, el sistema de financiación, el proceso de gestión de los servicios, el aseguramiento como estrategia, la participación social en la gestión de la salud, y otras expresiones de la respuesta social. Atendiendo a las recomendaciones internacionales, los estudios sobre los sistemas de servicios darán cuenta de la equidad, la calidad, la efectividad y la eficiencia.

7.6 La salud pública como discurso.

Esta línea se refiere al desarrollo teórico en el campo de la salud pública y comprende

- El análisis, valoración de los modelos teóricos en salud pública y el desarrollo de nuevos modelos
- La caracterización de sus compromisos ideológicos
- La dimensión ética de la salud pública

7.7 Objetivos del desarrollo tecnológico y científico en el campo de la salud pública y las políticas sanitarias

En cumplimiento de recomendaciones nacionales e internacionales, el SCDCTS persigue los siguientes objetivos:

- Impulsar en el país la generación, desarrollo y articulación de recursos, estatales y privados, dirigidos a garantizar una gestión social de la información, la investigación y la tecnología que optimice el alcance de las intervenciones en salud pública.
- Optimizar los recursos para la producción del conocimiento requerido por el país
- Impulsar el desarrollo de nuevos modelos conceptuales y metodológicos que contribuyan a comprender los determinantes de la salud y su control
- Generar transformaciones sociales que impacten la calidad de vida de los individuos
- Cualificar, direccionar y optimizar la toma de decisiones que permita la disminución de necesidades insatisfechas en la población y propenda por la equidad.
- Propiciar mayor participación en la gestión del conocimiento por parte de los actores involucrados en la gestión de la salud
- Mejorar la apropiación social del conocimiento por parte de la población, el recurso humano en formación y los tomadores de decisiones.

7.8 Producto de la investigación en políticas públicas y sistemas de salud

El Plan para el Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud que se incorporará al Plan Nacional de Ciencia y Tecnología.

7.9 Estrategias del SNDCTS

Para el cumplimiento de sus objetivos, el SNDCTS aplicará los siguientes principios estratégicos:

7.10 Promover la integración funcional en tres dimensiones

- **Entre los tomadores de decisiones y los investigadores:** Creando un espacio formal de concertación en el ámbito Nacional y en los departamentos, donde tengan participación los agentes del gobierno, los técnicos de los servicios y los investigadores.
- **Entre las agencias estatales y las privadas:** Promoviendo desde el gobierno nacional y los gobiernos departamentales la participación del sector privado en el desarrollo de proyectos de desarrollo científico y tecnológico.
- **Entre los investigadores:** Promoviendo entre los investigadores, mediante sistemas de estímulos, la creación y el crecimiento de redes que compartan recursos y proyectos.

7.11 Gestión del recurso humano del conocimiento en políticas públicas y sistemas de salud

7.12 La condición de investigador

En relación con la salud el investigador deberá ser una persona natural competente para generar y aplicar conocimientos que contribuyan a resolver los problemas prioritarios de salud del país y/o sus respectivas regiones. El SNDCTS reconocerá como investigadores a las personas que realizan actividades en ciencia y tecnología relacionada con la salud, que hayan solicitado

su inscripción en el registro y que cumplan con los requisitos establecidos por el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud. Los investigadores se inscribirán en categorías que al respecto definirá el mismo Consejo y para su reconocimiento por el sistema deberán adscribirse como mínimo a un grupo de investigación.

7.13 Formación de investigadores

El Plan para el Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud incluirá un componente destinado a apoyar programas de formación de investigadores en el campo de la salud pública. El plan incluirá como mínimo tres componentes:

- Articulación de la formación en gestión del conocimiento dentro de los currícula del personal del sector de la salud.
- Programas de cooperación en la formación de Magísteres y Doctores destinados a promover la gestión del conocimiento en salud pública.
- La capacitación de los tomadores de decisiones en gestión del conocimiento, mediante la realización de programas de capacitación y educación no formal adelantadas con los departamentos y escuelas de salud pública y las redes de investigación de cada región.

7.14 Gestión de los grupos de investigación

El Plan para el Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud incluirá un componente de estímulos destinado a promover la cooperación entre los grupos de investigación que trabajan los asuntos relacionados con la salud pública en las diferentes regiones.

7.15 Gestión de las redes

El Plan para el Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud incluirá un proyecto específico dirigido a promover y consolidar la Red Nacional de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud integrada por los nodos de investigación que operan en diferentes regiones del país. Este proyecto debe dar prioridad a la consolidación de los vínculos funcionales entre los grupos y a la incorporación de nuevos grupos, especialmente en las regiones de menor desarrollo en

este campo. En todo caso, la gestión de la red y de los nodos deberá ajustarse a las necesidades y prioridades establecidas por el Ministerio de Protección Social.

7.16 Gestión de la tecnología.

El Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud, en coordinación con el Ministerio de Salud, definirá las condiciones y requisitos de la tecnología requerida por el SCDCTS