




PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional
de Salud



Prioridades de investigación en salud en el Perú 2010 - 2014: La experiencia de un proceso participativo y descentralizado

Sistematización del proceso

LIMA, 2011



MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ

MINISTRO

Oscar Ugarte Ubillúz

VICEMINISTRA

Zarela Solís Vásquez

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

ALTA DIRECCIÓN

Jefe

César Cabezas Sánchez

Subjefe

Luis Santa María Juárez

ÓRGANOS DE LÍNEA

Centro Nacional de Alimentación y Nutrición

Director General

Wilfredo Salinas Castro

Centro Nacional de Control de Calidad

Director General

Ruben Tabuchi Matsumoto

Centro Nacional de Productos Biológicos

Director General

Alberto Valle Vera

Centro Nacional de Salud Intercultural

Director General

Oswaldo Salaverry García

Centro Nacional de Salud Ocupacional y Protección del Ambiente para la Salud

Directora General

María del Carmen Gastañaga Ruiz

Centro Nacional de Salud Pública

Director General

Pedro Valencia Vásquez

ÓRGANOS DE ASESORAMIENTO

Oficina General de Asesoría Técnica

Director General

José Cárdenas Cáceres

Oficina General de Asesoría Jurídica

Directora General

Rosario Tapia Flores

Oficina General de Investigación y Transferencia Tecnológica

Director General

Martín Yagui Moscoso

ÓRGANOS DE APOYO

Oficina General de Administración

Director General

José Arróspide Aliaga

Oficina General de Información y Sistemas

Director General

José Villegas Ortega

COMITÉ EDITOR

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

PRESIDENTE

César Cabezas Sánchez

MIEMBROS

Pedro Álvarez Falconí
Rosario Belleza Zamora
Zuño Burstein Alva
Daniel Cárdenas Rojas
Flor Fuentes Paredes
Lucio Huamán Espino
Percy Mayta Tristán
Oswaldo Salaverry García
Diana Vergara Núñez
Liliana Vigil Romero
José Villegas Ortega

Secretaría Técnica

Bertha Huaréz Sosa



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional
de Salud

Prioridades de
investigación en salud en el Perú
2010 - 2014: La experiencia
de un proceso participativo y
descentralizado
Sistematización de la experiencia

Elaborado por:

César Cabezas Sánchez
Martín Yagui Moscoso
Patricia Caballero Ñopo
Manuel Espinoza Silva
Teresa Castilla
Arturo Granados
Oscar Cosavalente
Aníbal Velásquez Valdivia

LIMA, 2011

Colaboraron en la elaboración de la presente publicación: Henry Mormontoy, Gladys Garro, Lady Yamaguchi, Percy Mayta-Tristán, Carolina Tarquí, Javier Vargas Herrera, Hernán Sanabria Rojas, Jose Huaripata, Nancy Sueng, María Luisa Fajardo, Walter Cáceres, John Astete, Carmen Carrasco, Elizabeth Anaya, Jorge Barnaby, María del Carmen Gastañaga, José Cardenas, Blanca Huapaya, María Elena Muñoz, Miriam Yasuda, Marilu Miraval, Luis Marín, Miguel Carrión, Juan Manuel Ureta, Jorge Lucero, Gabriela Minaya, Cergio Espejo, Duilio Fuentes, Rosa María Surco, Nilton Leonardo, Vilma Yarleque, Marisela Curisinche, Anibal Espinoza, Lely Solari Zerpa, Víctor Suarez Moreno, Day see Camarena, Rosario Belleza, Nang Sueng, Liliána Vígil, Pedro Alcantara, Gisely Hijor, Felix Valenzuela, Miriam Guevara, Sonya Shishido, Jesí Pari, Giovana Sanjinez, Susana Zurita, Luis Ascencios, Renzo Zavala, Gloria Minaya, Paul Pachas, Oscar Reyna, Duilio Fuentes, Ricardo Carreño, Rita Quiñones, Luis Vergara, Luis Moreno, Edward Mesones, José Alberto Díaz, Carlos Padilla, María Paquita García, José Sanchez, Jessica Loyola, Gladys Ventura, Sergio Espejo, Alonso Soto, Carlos Soto, Miguel Vera, Guillermo Gomez, Jose Darwin Cuadros, Melva Benavides, Patricia Arias, Silvia Vega, Katy Rubiños, Juan Carlos Arrasco, Rolando Escuadra, Eduardo Barrenechea, Luis Marín, Silvia Serrylan, Kadi Ureta, Rosa Espíritu, Carlos Cavelo, Segundo León, Jose Bolarte, Ylia Espinoza, Nora Carrasco, Marcha Cleri, Juan Torres, Melisa Daga, Carol Sanz, Taviz Oblitas, Paola Casas, Betty Monteza, Carlos Huamaní, Selia Durand, Neyda Quispe, Sergio Wong, Rosana Rivera, Julia Espinoza, Ana María Aliaga, Abel Sagastegui, Elizabeth Roceda, Rossana Geng, Claudia Zavaleta, Karín Flores, Teresa Castilla.

Catalogación hecha por el Centro de Información y Documentación Científica del INS

Prioridades de investigación en salud en el Perú 2010-2014: La experiencia de un Proceso participativo y descentralizado: sistematización de la experiencia. / elaborado por César Cabezas Sánchez, Martín Yagui Moscoso, Patricia Caballero Ñopo... [et al.] – Lima : Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, 2011. 81 p. : ilus., graf., tab. 21 cm.

1. INVESTIGACIÓN EN SALUD 2. COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN
3. PERÚ

- I. Cabezas Sánchez, César
- II. Yagui Moscoso, Martín
- III. Caballero Ñopo, Patricia
- IV. Espinoza Silva, Manuel
- V. Castilla Vicente, Teresa
- VI. Granados, Arturo
- VII. Cosavalente, Oscar
- VIII. Velásquez Valdívía, Anibal
- IX. Perú. Ministerio de Salud
- X. Instituto Nacional de Salud. Oficina General de Investigación y Transferencia Tecnológica. (Lima).

ISBN: 978-9972-857-92-8

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2011-06288

Tiraje: 1000 ejemplares

© Ministerio de Salud, 2011

Av. Salaverry cuadra 8 s/n, Jesús María, Lima, Perú

Teléfono: (511) 431-0410

Telefax: (511) 315-6600 anexo 2669

Página web: www.minsa.gob.pe

© Instituto Nacional de Salud, 2011

Cápac Yupanqui 1400, Jesús María, Lima, Perú

Teléfono: (511) 617-6200

Correo electrónico: postmaster@ins.gob.pe

Página web: www.ins.gob.pe

Diseño y diagramación: Segundo Eliades Moreno Pacheco

Corrección de textos: Lic. Daniel Cárdenas-Rojas

La versión electrónica de este documento se encuentra disponible en forma gratuita en www.ins.gob.pe

Se autoriza su reproducción total o parcial, siempre y cuando se cite la fuente.

Contenido

<i>Acrónimos</i>	4
<i>Prólogo</i>	5
<i>Antecedentes generales</i>	7
<i>El proceso de diseño</i>	21
<i>El proceso de elección</i>	29
<i>¿Qué opinan los actores?</i>	55
<i>¿Qué viene?</i>	71
<i>Anexos</i>	75
<i>Bibliografía</i>	81

Acrónimos

AVISA	Años Saludables Perdidos o Años de Vida Ajustados por Discapacidad
CAP	Conocimiento, actitudes y prácticas
COHRED	Consejo de Investigación en Salud para el Desarrollo (siglas en inglés)
CONCYTEC	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
CRED	Control del crecimiento del niño sano
CRS	Consejo Regional de Salud
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DOTS	Tratamiento administrado en boca para Tuberculosis (siglas en inglés)
IENS	Investigación Esencial Nacional en Salud (ENRH siglas en inglés)
INS	Instituto Nacional de Salud
MEC	Matriz de Enfoque Combinado para establecer prioridades de investigación en salud
MDR	Multidrogorresistente
MINSA	Ministerio de Salud del Perú
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONPE	Oficina Nacional de Procesos Electorales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNCs	Plan Nacional Concertado de Salud
SNI	Sistema Nacional de Investigación
TB	Tuberculosis
XDR	Extremadamente resistente



Prólogo

La investigación de calidad y la innovación han sido y serán cada vez más importantes para encontrar soluciones a los problemas sanitarios, afrontar amenazas predecibles e impredecibles para la seguridad humana, aliviar la pobreza y acelerar el desarrollo, contribuyendo a la equidad y también para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio relacionados con la salud.

En el último decenio, la investigación en salud ha suscitado un mayor interés a nivel mundial y nuestro país no puede estar desvinculado de esta tendencia, puesto que ha crecido el interés por las innovaciones y los avances tecnológicos, con el surgimiento, en ese sentido, de muchas iniciativas de investigación en salud, se presta más atención a las investigaciones sobre sistemas de salud, políticas y prácticas basadas en datos científicos, tanto para la salud individual como colectiva, no como una moda, sino como una necesidad real.

Diferentes gobiernos, organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo de Investigación en Salud para el Desarrollo (COHRED, por sus siglas en inglés) y la comunidad internacional en investigación, han estimulado la promoción, el establecimiento y el fortalecimiento de los Sistemas Nacionales de Investigación en Salud (SNIS) así como el incremento de la producción y uso de investigaciones que aborden las necesidades de salud, equidad y desarrollo .

Un SNIS es un conjunto de personas e instituciones que gobiernan, gestionan, coordinan, demandan, generan comunican o utilizan el conocimiento producido a través de la investigación, para promover, restaurar, mejorar o mantener el estado de salud y desarrollo de la población, siendo los componentes esenciales de este sistema: un marco legal, mecanismos de financiamiento, formación de recursos humanos en investigación y la utilización de los productos de las investigaciones en la toma de decisiones, de modo que se pueda elevar las condiciones de salud de la población, sustentada en la evidencias de la investigación en salud.

En ese contexto, el Perú no es ajeno a la tendencia mundial, de la conformación y fortalecimiento de los SNIS, ya que a través del Instituto Nacional de Salud (INS) se ha desarrollado un componente importante de este proceso, definiendo las prioridades nacionales de investigación en salud en diciembre de 2009, mediante un proceso participativo y democrático tanto a nivel regional como nacional; en la actualidad está en desarrollo la determinación de agendas y programas de investigación salud, sobre la base de las prioridades ya establecidas, cuidando que también se ejecuten de manera articulada entre los principales actores que realizan investigación en el país.



En esta publicación se destaca el proceso de como se determinaron las prioridades de investigación en salud en el país, y comprende la descripción de los procesos como fue diseñado, como fue la elección de prioridades a través de reuniones y consultas, cual fue la opinión de los actores sobre este proceso, y como será el proceso de implementación a través de la construcción del Sistema Nacional de Investigación, que incluya la gobernanza o rectoría de la investigación, el financiamiento, la creación y sostenibilidad de recursos y la producción y utilización de la investigación, que en realidad debiera ser el fin último de la investigación.

Un aspecto importante para el desarrollo de investigaciones en salud es el financiamiento, sin embargo, los donantes de fondos, los gobiernos y otras organizaciones nacionales e internacionales suelen trabajar de forma poco coordinada en relación con la investigación en pro de la salud, por lo que estas entidades financieras deben tener un mayor grado de alineamiento y armonización con los planes y estrategias nacionales en materia de investigación e innovación en favor de la salud para lograr un financiamiento efectivo, que permita solucionar los problemas que un país a identificado como los que requieren mayor investigación.

De otro lado, una etapa necesaria de la investigación es la referida al intercambio de conocimiento mediante su publicación y la difusión eficaz de los resultados. En ese sentido el Instituto Nacional de Salud ha retomado la publicación de la Revista de Medicina Experimental que se iniciara en 1942, ahora con la denominación de Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, que en un hito histórico de las publicaciones científicas en el Perú, acaba de ser indexada en MEDLINE, que es una gran ventana al mundo para mostrar las investigaciones que se realizan en el país y la región.

Aun cuando el sistema de investigación en salud está en proceso de implementación, hay algunas experiencias previas en el país de cómo el desarrollo y la utilización de los productos de las investigaciones han contribuido a la toma de decisiones y generación de políticas, como en el Perú es el caso de la política de medicamentos antimaláricos o la incorporación de manera progresiva de la inmunización contra la hepatitis B. Actualmente, definidas ya las prioridades sanitarias y de investigación en salud en el Perú, es un reto la generación de evidencias a través de las investigaciones, de modo que se contribuya a la prevención y control de las enfermedades y sus riesgos. Esta publicación trata de difundir el proceso de esta priorización de la investigación en salud y lo que viene para su implementación.

Antecedentes Generales

¿Qué significa investigar en un sistema de salud?

Entre las funciones que cumple todo sistema de salud está la de investigación. Investigar en salud implica generar conocimiento y comprender mejor los problemas que preocupan al sector salud en una sociedad y, a partir de ello, proponer estrategias y soluciones. Existen dos dimensiones de la investigación en salud: la dimensión clínica y la dimensión de la Salud Pública. La primera está orientada a desarrollar conocimiento sobre el tratamiento de las enfermedades y está estimulado por el sistema de patentes y las fuerzas del mercado. En la segunda dimensión los esfuerzos se orientan a comprender mejor los determinantes de las enfermedades y la salud.

Generalmente, quienes investigan pertenecen al sector privado (tratamientos clínicos, nuevos medicamentos), al sector público y a la academia (determinantes de la salud). Lo pueden hacer por separado o en cooperación, lo cual dependerá de la configuración del sistema y de la función que cumpla el Estado en promover, asignar recursos y regular la función de investigación en salud.

Entre los problemas que preocupan al sector salud, en materia de Salud Pública, se puede mencionar que, por lo general, el foco de atención lo constituyen las enfermedades, sobre las cuales, la investigación pretende generar conocimiento para comprender los factores condicionantes y determinantes propios, la respuesta de sus sistemas y servicios de salud, la respuesta social y la respuesta en el manejo del entorno. Sin embargo, por diversas razones, toda sociedad prioriza el uso de los siempre escasos recursos disponibles en la investigación en salud para cumplir con tan amplia gama de posibilidades de investigación. Las aproximaciones y motivaciones para priorizar la investigación en salud son distintas. Pero todas ellas buscan cumplir con aportar a la solución de los problemas de salud que tienen mayor impacto en la sociedad.

La función de investigación en Salud Pública, se caracteriza por requerir la constitución de ciertos elementos (De los Ríos, 2005):

- i. Gobernanza o rectoría de la investigación;
- ii. Financiamiento (aseguramiento y asignación de fondos);
- iii. Creación y sostenibilidad de recursos;
- iv. Producción y utilización de la investigación.

¿Cuáles son las condiciones clave para la efectividad de la investigación?

En la reunión del *Global Forum for Health Research*, realizada en Pekín en octubre de 2007, se presentó el informe *National Health Research: developing a policy framework*, desarrollado por el COHRED¹, que establece seis condiciones clave para el desarrollo de una política de investigación en salud en los países de ingresos bajos y medios (Becerra-Posada, Kennedy, & IJsselmuide, 2008).

- i. Soporte político y liderazgo;
- ii. Gobernanza y capacidad de gestión;
- iii. Definición participativa de políticas;

- iv. Vínculos entre las prioridades de asignación de fondos y las políticas públicas;
- v. Desarrollo o madurez del sistema;
- vi. Diseño de políticas basadas en evidencias.

Preguntas orientadoras de la sistematización

- i. ¿Quién se ha hecho cargo de la promoción y regulación de la investigación en salud?
- ii. ¿Cuál ha sido la capacidad para ejercer gobernanza?
- iii. ¿Hay algún tipo de patrón en la configuración del sistema de investigación en salud?
- iv. ¿Cuáles han sido los efectos de la configuración del sistema de investigación?

¿Cuál ha sido la respuesta del Perú?

En el Perú, el cumplimiento de dicha función es relativamente joven, como también lo es la investigación basada en prioridades. Como fuera establecido por Bardalez y Petrerá (2006), en nuestro país ha habido y hay consenso sobre la necesidad de establecer prioridades. Si esta-

1 -COHRED - *Council on Health Research for Development*, fue creada en el año 1993 a raíz de la Conferencia Internacional para el desarrollo de la Investigación en Salud en Ginebra con el propósito de promover la función de Investigación Esencial Nacional en Salud (IENS) como una estrategia comprensiva para organizar y gestionar los sistemas nacionales de investigación en salud.



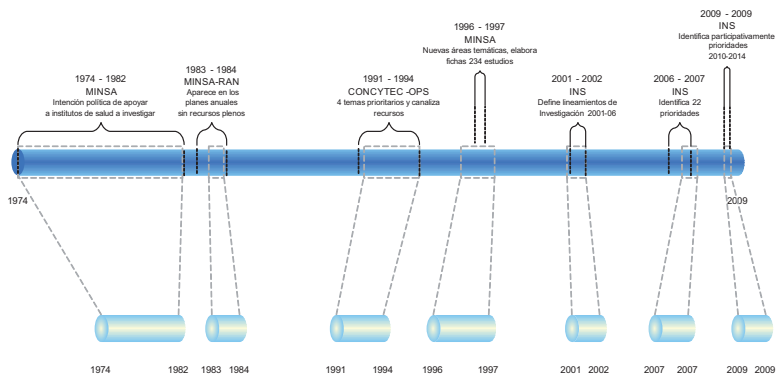
blecemos una línea de tiempo, se podría afirmar que existieron tentativas sectoriales desde 1978, que representaron una oportunidad para mantener en agenda dicho propósito. Desde allí, se han producido diversos acercamientos para definir una política de investigaciones en salud, promovidas ya sea desde el CONCYTEC con el apoyo de la OPS o desde el MINSA, de modo aislado o en combinación con el INS (Figura 1). Los principales hitos de la evolución en el establecimiento de prioridades de investigación se dieron:

- i. Entre los años 1974-82 cuando el MINSA, a partir del Plan Sectorial 1971-75, expresa la intención política de apoyar a los Institutos Nacionales de Salud en sus funciones de producción, investigación y diagnóstico;
- ii. Entre los años 1983 y 1984 cuando en el Plan Nacional de Acción para alcanzar “Salud para todos en el año 2000” se determinaron cuatro objetivos estratégicos, que a su vez fueron considerados prioridades de investigación;
- iii. Entre los años 1991-1994 cuando el CONCYTEC, en cooperación con la OPS, iden-

tificó cuatro temas prioritarios de investigación y logró canalizar los recursos disponibles a dichas áreas;

- iv. Entre los años 1996 y 1997 cuando el MINSA, a través de la Comisión de Políticas de Investigación en Salud, realizó un balance de las experiencias anteriores e identificó nuevas áreas temáticas de investigación, elaboró 234 fichas de estudios, etc.
- v. Entre los años 2001-2002 cuando el Instituto Nacional de Salud (INS) logró posicionar su posición directriz en la investigación en salud, realizando un seminario - taller interno con el objeto de definir la política y líneas prioritarias de investigación del INS para el periodo 2001-2006;
- vi. Entre los años 2006-2007 cuando el INS profundiza el alcance y la metodología de establecer prioridades en investigación. Como resultado se logró contar con 22 prioridades definidas en consenso con actores del sector salud en Lima;
- vii. En el año 2009, cuando el INS realiza el primer proceso de definición de prioridades de investigación para el periodo 2010-2014 utilizando

Figura 1. Línea de tiempo: prioridades de investigación en salud en el Perú



metodologías participativas en las regiones y en el nivel nacional; lo que es motivo de la presente publicación.

¿Cuáles son los detalles de la experiencia nacional para priorizar la investigación?

Como quedara establecido en la línea de tiempo, se puede afirmar que hubo siete periodos distintos que marcaron hitos en la evolución de la capacidad de nuestra sociedad de definir prioridades de investigación en salud.

Brito² analizó el periodo 1974-83, en el cual destacó la intención del MINSA en apoyar a los Institutos Nacionales de Salud en sus funciones de producción,

investigación y diagnóstico y que fuera expresado en el Plan sectorial 1971-75 y en los planes de todos los años siguientes a dicho periodo. Las evidencias indican que en este periodo la capacidad del sistema de producir investigaciones en salud fue débil, probablemente por la situación crítica de la administración pública, por carecer de una estructura clara de gobierno del sector salud, que fuese capaz de garantizar niveles mínimos de coordinación institucional e intersectorial.

En dicho periodo, el ejercicio de la función de investigación era fragmentada en el subsector público. A pesar que durante dicho periodo la investigación

2 - Tomado de Bardález, Petrer, CIES, que cita a Brito Pedro "Estudio sobre las tendencias de investigaciones de servicios de salud 1974-1983 Perú. Lima, 1984". Informe interno.

en salud era función principal de los Institutos de Salud, otras dependencias del MINSA también ejercieron funciones de investigación en su área, como ocurrió con la Dirección General de Salud de las Personas, la Dirección de Salud Ambiental y la entonces Escuela de Salud Pública.

En el periodo 1974-83, la investigación en salud en el subsector público era ejercida por diversas instituciones sin mayor grado de desarrollo.

Un segundo periodo en el que se renovaron los impulsos para establecer prioridades de investigación en el sector fue entre 1983 y 1984. El MINSA estableció lineamientos, objetivos, estrategias y prioridades de investigación en el plan sectorial 1983-84. Se pretendió que el principal foco de atención fuera el desarrollo de un programa de investigación científica y tecnológica y el fomento de la investigación para contribuir a la solución de los problemas más específicos de la salud pública en nutrición y alimentación, la respuesta institucional en el manejo de los programas de control de enfermedades transmisibles y programa de salud materno infantil, la

extensión de servicios periféricos de salud y el desarrollo de la atención primaria de salud. Para ello estableció, entre otras, la estrategia de un programa de becas para fomentar la investigación y capacitación en salud y la valoración de las técnicas de salud, usadas en la época para asegurar su concordancia con las prioridades sectoriales.

Complementariamente, en dicho periodo, en febrero de 1983, en el marco de la “Reunión de Alto Nivel sobre Atención Primaria y el Plan Nacional de Acción para Alcanzar Salud para Todos en el Año 2000”, fueron determinadas como áreas prioritarias de intervención los grupos poblacionales rural y urbano - marginal con énfasis en la población materna e infantil, el control de las enfermedades transmisibles y la mejora de los índices nutricionales de los grupos más vulnerables y al saneamiento básico. Bardalez y Petrerá consideran que es posible que estos objetivos estratégicos fuesen también considerados prioridades para la investigación. Sin embargo, las condiciones institucionales de la época (fragmentación de las instituciones que promovían la investigación y débil capacidad de conducción sectorial) impidieron

que ambos esfuerzos fueran traducidos en acciones concretas de investigación.

En el periodo 1983-84, el MINSA, tanto en el plan sectorial como en la Reunión de Alto Nivel sobre Atención Primaria y el Plan Nacional de Acción para alcanzar Salud para Todos en el año 2000, definió lineamientos, objetivos, prioridades de investigación y estrategias que significaron un nuevo impulso luego de 10 años de silencio.

Un tercer hito se dio en el periodo 1991-1994, en el que tomó protagonismo el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONCYTEC). Por primera vez, la iniciativa no partía desde el sector salud. El CONCYTEC buscó fortalecer el ejercicio de la función de la investigación en general; sin embargo, llama la atención que diera organicidad al tema de salud, creando la Dirección de Investigación en Salud, que puso como uno de los focos de atención la determinación de prioridades de investigación. En asociación con el MINSA, el CONCYTEC promovió diversos seminarios. Brito

cita los siguientes; “Institutos Nacionales de Salud, Logros, Limitaciones y Proyecciones”, “Investigación Interdisciplinaria en Procesos Alimentarios y Nutricionales”, “Investigación en Salud Mental” y “Prioridades en Investigación”, poniendo esta último en evidencia la ausencia de un cuadro establecido de prioridades de investigación en salud pública³

En julio del año 1991 y en el marco del seminario taller “Políticas y prioridades de la investigación en salud”, organizado por el Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONCYTEC) y la OPS, se identificaron cuatro temas prioritarios de investigación que coincidían con las preocupaciones de dichos tiempos. La priorización fue realizada por los representantes de las instituciones que ejercían la función tanto en el sector como en la academia. Esta priorización fue cerrada y limitada a los expertos técnicos. Los temas priorizados fueron:

- i) Población, hábitat y salud;
- ii) Violencia y salud mental;
- iii) Deterioro de la estructura institucional del sector salud;
- iv) Reproducción y adolescencia.

³ Brito, op cit., p 14.



Al contar con prioridades de investigación, una primera respuesta institucional fue la constitución de una comisión coordinada por CONCYTEC y compuesta por representantes de distintas universidades e instituciones (Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Pontificia Universidad Católica del Perú, Instituto de Investigación Nutricional). Entre las principales funciones asignadas a la comisión estaban la selección de proyectos de investigación, la orientación de los fondos existentes hacia dichos proyectos, la supervisión en la elaboración de los proyectos seleccionados y el apoyo a la creación de una cartera de proyectos cuyo financiamiento pudiese ser gestionado dentro de un programa de investigaciones.

Bardalez y Petrerá definen que: *...La comisión se concentró en las dos primeras funciones. Por otro lado, a fin de constituir el fondo de investigación, el CONCYTEC y la OPS/OMS suscribieron convenios anuales para brindar aportes financieros destinados a los proyectos ganadores, mientras que los miembros de la comisión brindaban apoyo en la*

elaboración y supervisión de los proyectos seleccionados, de manera ad honorem. El convenio fue renovado dos veces, período en el cual las investigaciones tuvieron soporte técnico y fueron publicadas. Sin embargo, la OPS/OMS fue abandonando paulatinamente su rol financiero y centrándose en el técnico. Esta decisión no fue compartida por el CONCYTEC, que decidió convocar concursos de manera independiente y más orientada al tema de estudio de enfermedades. Como consecuencia de ello, el esfuerzo iniciado en el año 1991, se diluyó en 1994 y no hubo capacidad para institucionalizar la gestión de la investigación en el MINSA, aunque dejó una experiencia importante.

En el periodo 1991-94, CONCYTEC y OPS, definen entre expertos técnicos cuatro prioridades de investigación y logran canalizar y ordenar el flujo de recursos de diversas fuentes para la investigación.

Un cuarto hito se dio entre los años 1996 y 1997 cuando se conformó en el MINSA –mediante resolución ministerial- la Comisión de Políticas de Investigación en Salud, adscrita a la

Oficina General de Planificación, con el encargo de elaborar y proponer a la alta dirección del MINSA, los lineamientos y políticas de investigación en salud pública y definir la conformación de un grupo técnico interinstitucional encargado de elaborar el programa de investigaciones, el que contendría: un inventario de los proyectos en ejecución en el país; la identificación conjunta de necesidades y demandas de investigación en salud; la cartera de proyectos de investigación en salud; y, los mecanismos de coordinación, compromisos de financiamiento y ejecución de investigaciones.

En el marco del trabajo de esta comisión se efectuó un estudio de balance del periodo 1992 – 1996, incluyendo la identificación de áreas temáticas, estudios, investigadores, instituciones y entes financieros, para el ámbito público y privado. Se llegó a elaborar fichas de 234 estudios.⁴ Asimismo, se elaboró un documento de consenso entre los distintos agentes institucionales y se logró el compromiso para la consiguiente ejecución y aplicación de resultados.

Sin embargo, la comisión no logró concluir un documento de consenso de lineamientos y políticas de investigación en salud, perdiendo vigencia. Las razones que explican este fracaso fueron: a) No hubo acuerdo en el MINSA respecto de que instancia debía liderar el proceso; b) Se adoptaron estrategias de control y fiscalización hacia las instituciones privadas y los investigadores; c) Los investigadores con donaciones de las universidades se sintieron amenazados en su autonomía; d) Los agentes públicos postergaron el tema a medida que urgían otros temas de coyuntura.

Un quinto hito se da en el año 2001, cuando el Instituto Nacional de Salud (INS) intenta, usando un recurso legal⁵, posicionarse como el órgano rector de la investigación en salud, como aspecto preparatorio para la conducción de un seminario taller organizado con el propósito de definir la política y líneas prioritarias de Investigación del INS para el periodo 2001 – 2006. Como resultado de dicho taller se obtuvo consenso institucional en la definición de

5 - Resolución Jefatural N° 0197-2001-J-OPD/INS

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



ocho políticas de investigación. Consecuentemente, la primera política reafirma las competencias de la rectoría sectorial de la investigación en salud al INS y deja explícito que, entre otras, una función crítica sería su papel orientador de la investigación en el ámbito, para lo cual debe revisar periódicamente la agenda nacional de investigación, y asumir la función de interlocutor entre el sector privado, público y el sector académico, así como también asume el papel de divulgador de los avances.

Como complemento a la primera formalización por la vía legal, la nueva Ley y Reglamento del Ministerio de Salud, promulgados en el año 2002, reafirman que: *El Instituto Nacional de Salud tiene como misión desarrollar y difundir la investigación y la tecnología en los campos de salud ocupacional, ambiental, nutricional, de medicamentos y productos biológicos, así como en salud pública y control de enfermedades transmisibles*⁶.

Posteriormente, el MINSAL, en el marco de un intento por reor-

ganizar el Sistema Nacional de Salud, a fines del 2001, incluye la problemática de la función de investigación en salud en un informe final de problemas y propuestas de lineamientos de política sobre temas relevantes. Dicho informe identifica problemas de gobernanza de la función, la falta de recursos públicos y de lineamientos de política sectorial de investigación en salud. Es en este documento que se proponen estrategias como la definición de prioridades de investigación en salud, el fortalecimiento institucional para la gestión de la investigación, la definición de una agenda de trabajo conjunta entre los sectores, la definición de los instrumentos normativos, administrativos y financieros y la creación de redes de fuentes de información científico-tecnológica, de asesoría y apoyo técnico para la investigación y la innovación tecnológica.

Entre el 2001 y 2002, el INS y el MINSAL formalizan por la vía normativa el rol rector definiendo que la función de investigación en salud

6 - Tomado de Bardalez y Petrera, que a su vez citan al Congreso de la República: Ley N.º 27657, Ley del Ministerio de Salud, art. 33. Lima, 29 de enero de 2002. Presidencia de la República. Decreto Supremo N.º 013 - 202 - SA. Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud Lima, 29 de enero de 2002

las ejerce el INS y propone políticas de investigación en consenso.

Un sexto hito se dio cuando, por encargo del INS en el año 2005, el Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) brinda asistencia técnica en la definición de prioridades orientadas a los objetivos estratégicos del sector salud. Como innovación en la metodología de priorización resalta el hecho de que se tratará tanto los problemas de salud como de la organización del sistema de salud⁷. Sin embargo, predominó la metodología de priorización cerrada y limitada al ámbito institucional. Las áreas de investigación fueron precisadas a partir de la literatura y discusión interna. Con dicho material se elaboró un cuestionario para conducir al encuestado a un proceso de priorización y entrevistaron a informantes clave. El documento con el resultado de este proceso de priorización se entregó en el 2006.

En total se identificaron 27 criterios que, aplicados a las áreas identificadas, produjeron un conjunto de 117 temas prioritarios de investigación. Como resultado de la validación de los cri-

terios concertaron cuatro tipos de criterios: factibilidad técnica, efectividad, costo y descentralización, así como criterios secundarios que construyen la noción de efectividad tal como magnitud de la población afectada que pertenece a grupos vulnerables.

Adicionalmente, Alarcón, por encargo del INS, estableció prioridades de investigación en enfermedades transmisibles.

Posteriormente, a finales del año 2007, el INS publicó el libro “Prioridades de investigación en salud en el Perú: análisis del proceso” (Instituto Nacional de Salud [Perú], 2007) en el que se identificaron 22 prioridades de investigación agrupadas en cuatro grandes áreas. Así mismo, se describió la necesidad de identificar dentro de cada una de las 22 prioridades de investigación, subagendas específicas elaboradas en consenso con todos los actores involucrados, determinando las estrategias para su selección y financiamiento.

Además, el INS determina tres líneas de investigación prioritaria para el 2007: enfermedad de Carrión, accidentes de tránsito y desnutrición.

7 - Tal como lo propusiera en esa época la COHRED



Entre el 2006 y 2007, el INS hace diversos intentos por tener claridad en las prioridades de investigación para los problemas sanitarios.

lo, quien en representación del Ministerio de Salud del Brasil comentó la experiencia de su país relacionada con políticas y prioridades de investigación en salud.

El año 2008 el Instituto Nacional de Salud determinó un conjunto de prioridades de salud para lo cual contrataron consultores y organizaron un seminario denominado “Prioridades de Investigación en Salud”. Esta reunión convocó a representantes de entidades públicas y privadas que desarrollan investigación en salud, incluyendo universidades e institutos, organizaciones no gubernamentales, direcciones del MINSa, regiones de salud, así como de la Dra. Antonia Angu-

De otra parte, en dicho año, el CONCYTEC intentó aportar al desarrollo del sistema de investigación proponiendo una metodología de definición participativa de prioridades de investigación, para lo cual contrató una consultoría que diseñaría las pautas metodológicas. Sin embargo, la propuesta no fue tomada por el INS en dicha época.

A inicios del 2009, como parte de la agenda institucional del INS, se renueva el proceso de defi-

Tabla 1. Características de la priorización de la investigación en salud: Perú 1974 - 2009

Características distintivas	1974-1982	1983-1984	1991-1994	1996-1997	2001	2006-2007	2009
1. Estructura de gobierno	Fragmentado en el sector salud	Fragmentado en el sector salud	Ubicado fuera del sector salud (CONCYTEC)	Fragmentado en el MINSa	Concentrado en INS	Concentrado en INS	Concentrado en INS
2. Metodología de priorización	Inespecífica	Vinculada al plan nacional de salud	Institucional, cerrada	Institucional, cerrada	Institucional, cerrada	Institucional, a partir de expertos temáticos	Participativa, regional y nacional
3. Capacidad de conducción	Débil	Débil	Fortalecida	Débil	Fortalecida	Débil	Fortalecida
4. Nivel de implementación	Nulo	Nulo	Moderado	Bajo	Bajo	Bajo	NA
5. Volumen de estudios de investigación	No hay registros	No hay registros	No hay registros	Fichas de 234 estudios	No se conoce	No se conoce	NA

nición de prioridades de investigación en salud. Las características distintivas de esta reciente experiencia serán desarrolladas en los siguientes capítulos.

Recapitulando, tenemos que los siete hitos de la experiencia peruana de priorizar la investigación, a la luz de cinco características distintivas resultan siendo orientadoras. (Tabla 1)

¿Cuál es la experiencia internacional en materia de priorización de la investigación?

Probablemente, la experiencia de otros países en materia de priorizar la investigación en salud es de larga data. Para efectos de comprender mejor el desempeño de los países para ejercer la función de investigación en salud al servicio del desarrollo sanitario y del desarrollo en general es preciso establecer dos grandes grupos de países. El primero estaría conformado por los países industrializados o desarrollados. El segundo grupo serían los países en vías de desarrollo, también subclasificados como países de medianos y bajos ingresos.

Los países industrializados han estado a la vanguardia de la in-

vestigación en salud desde el siglo XVIII y han avanzado a la par con el desarrollo económico y social. En estos países el gasto en investigación en salud está más concentrado en la investigación de nuevos tratamientos clínicos y es básicamente manejado por el sector privado, aunque la fuente principal de financiamiento son los recursos públicos. Sin embargo, el gasto en la investigación en salud pública también es considerable.

Con la finalidad de extraer algunas lecciones que podrían ser útiles y replicables en el Perú, el foco de atención será lo que los países de bajos y medianos ingresos han desarrollado en los últimos tiempos en materia de investigación en salud.

En América Latina y El Caribe (ALAC) -con menor experiencia en el campo-, se inició la discusión hace cerca de 20 años, sobre cómo desarrollar y fortalecer la función de investigación en salud, cuando el COHRED⁸, emitió sus recomendaciones sobre ese punto (Alger, 2009). El grado de desarrollo del ejercicio de la función de investigación es altamente heterogéneo. Sin embargo,

8 -La COHRED promueve, tanto en países desarrollados como en desarrollo, la investigación en salud que atienda las necesidades de los que están en desventaja dado el continuo de las inequidades en salud.



destaca la inclusión de cada vez más países en desarrollar estrategias de definición participativa de prioridades de investigación en salud. En reciente reporte, el COHRED establece que los sistemas nacionales de investigación en salud se han desarrollado de manera disímil en la región (Ijsselmuiden & Becerra-Posada). Entre las principales características de dicho desarrollo los autores enumeran: i) *los elementos clave del sistema están dispersos y no unificados*; ii) *comunicación y coordinación deficiente entre las entidades interesadas*; iii) *funcionamiento del sistema no basado en prioridades*; iv) *esquemas de financiamiento poco eficientes*; v) *prioridades puestas por los grupos más fuertes*; v) *la investigación en salud desvinculada del desarrollo de la cooperación técnica*. Dicho reporte también clasifica los sistemas de investigación en la región. Propone, tres grupos:

- i. Países con sistemas articulados/integrados (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, México).
- ii. Países desarrollando o fortaleciendo sus sistemas (Bolivia, Ecuador, Honduras, Paraguay, Uruguay).

- iii. Países con sistemas semiestructurados/articulados (Colombia, Panamá, Venezuela).

Independientemente del tipo de estructura del sistema nacional de investigación, en el reporte de Alger se estableció que de 14 países estudiados de la región, 9 (64,3%) reportaron tener prioridades de investigación (Argentina, Brasil, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela) (Alger, 2009).

De otra parte, un breve reporte que hace la COHRED sobre las mejores prácticas para el desarrollo de una política nacional de investigación en salud revela que países de medianos y bajos ingresos (Brasil, México, Mongolia, Filipinas, Sudáfrica, Túnez, Uganda) están haciendo esfuerzos para otorgar mayor institucionalidad al sistema de investigación. La respuesta es aún muy heterogénea. Mientras que Brasil y Sudáfrica cuentan con una agenda priorizada de investigación definida participativamente⁹, países como Túnez y México aún no ha logrado instalar dicho mecanismo, clave para la sostenibilidad del sistema de investigación.

9 - Brasil, en el 2006 asignó aproximadamente US\$ 100 millones a la investigación en salud basados en la agenda priorizada en 33 concursos abiertos. Dichos recursos fueron asignados a lo largo de todo el país.

Un segundo reporte publicado por la OMS en abril de 2007 hace un breve recuento de las principales características de los procesos de definición de prioridades de investigación en salud en 15 países de bajos y medianos ingresos (Nuyens, 2007). Las conclusiones sobre las características que debe tener el mecanismo son las siguientes:

- i. Es importante establecer diferencias entre el proceso de selección y los instrumentos usados.
- ii. Resulta crucial que el proceso de selección esté fundamentada en evidencias confiables y consistentes.
- iii. Es crítico que el proceso sea participativo y transparente.
- iv. Debe aclararse desde el inicio, qué significará la revisión del sistema de investigación y la manera cómo se asignan los fondos, es decir, estará orientado a desarrollar el sistema de investigación.

- v. Se trata de un proceso, por lo tanto, debe respetarse sus fases, de tal manera que en la medida de lo posible, sea organizada geográficamente, partiendo desde el distrito, la provincia, la región hacia el nivel nacional.
- vi. El proceso debe estar basado en criterios específicos, lo cual le otorga un carácter transparente y objetivo.

Figura 2. Características del proceso de definición de prioridades de investigación



El proceso de diseño

El proceso de diseño arrancó a inicios de 2009 a partir de una decisión de la Alta Dirección del INS acerca de qué y cómo el Instituto, como entidad del MINSA rectora de la investigación en salud, debería aportar al país para responder a los principales problemas sanitarios. Para dicho momento, el país había vivido una experiencia de 4 años de establecer planes participativos o concertados en salud en varias regiones del país que dejó, de una parte, como lección aprendida la importancia de someter a consulta las decisiones clave que en el sector salud que afectan la vida de los ciudadanos y, de otra, instaló una incipiente cultura corporativa de planeamiento estratégico participativo en las instituciones públicas regionales del sector.

El camino escogido por la Alta Dirección del INS fue el de renovar las prioridades de investigación en salud para el periodo 2010-2014 con el propósito de promover el aporte

de evidencias para mejorar la efectividad de la respuesta social ante los principales problemas sanitarios y de orientar mejor los recursos disponibles para la investigación en nuestra sociedad.

En marzo de 2009 fue publicado en el Boletín mensual del INS un artículo que sustentaba las razones para renovar las prioridades de investigación en salud. También, se exponían los criterios propuestos por el Foro Mundial para identificar prioridades de investigación y las pautas metodológicas (Velásquez, A., 2009).

En respuesta a dicho encargo, varias direcciones de línea del INS, iniciaron la discusión –en búsqueda de un consenso institucional– acerca de cuáles debían ser las características de la metodología a usar para la definición de prioridades, los insumos del proceso, las fases del proceso, el carácter participativo (quién y cómo deberían participar), y, por

último, cuáles iban a ser los productos y resultados del proceso.

La discusión en el INS se dio para resolver lo siguiente:

1. ¿Qué metodología usar?
2. ¿Quiénes y cómo deben participar?
3. ¿Cuáles deberían ser los insumos?
4. ¿Cuáles podrían ser las fases del proceso?
5. ¿Cuáles serían los productos y resultados del proceso?

Las respuestas a dichas materias de discusión fueron las siguientes:

- i. Respeto a la metodología:** hubo consenso en que el proceso debería estar basado en criterios específicos y sometidos a consulta con los actores, lo cual le otorgaría un carácter objetivo, transparente y participativo.
- ii. La participación de actores:** la decisión fue incluir la participación de expertos tanto del sector como de la academia, los gestores en salud, los prestadores de cada subsector, los colegios profesionales, la sociedad civil, las agencias de cooperación.

iii. Respeto a los insumos: el consenso indicó que la orientación de las prioridades y del proceso se basaría en los documentos técnicos existentes como el Plan Nacional Concertado en Salud y los distintos planes participativos regionales en salud en donde se precisan las prioridades sanitarias.

iv. Las fases del proceso: consecuente con la decisión de que tanto los criterios de selección de prioridades, como la elección misma, debería ser participativa hubo consenso en que el proceso debería iniciarse en las regiones, para luego alimentar los elementos en una mesa de expertos y concluir con la elección nacional. Es decir, se propuso tres fases.

v. Productos y resultados del proceso: se tuvieron claramente definidos los productos intermedios y finales de cada fase del proceso: opciones de prioridades de investigación en base a problemas sanitarios, los criterios de definición de prioridades validados en las regiones, las prioridades regionales de investigación, la elección de representantes regionales al



Foro nacional, los temas específicos de investigación por cada objetivo del Plan Nacional Concertado de Salud, y, por último, las prioridades nacionales de investigación. Luego, de las respuestas a cada una de las variables de discusión interna, se concluyó que los objetivos que orientarían el proceso de definición de prioridades deberían ser:

- i. Establecer de manera participativa las prioridades nacionales de investigación asociadas a los principales problemas sanitarios del país, en concertación con las regiones;
- ii. Promover el compromiso de los actores del sector público y privado con las prioridades de investigación identificando los diferentes roles para su implementación.

Respecto al primer objetivo, se propuso un proceso participativo que iniciara sus acciones en las regiones y concluyera en el nivel nacional. Se esperaba que dicho proceso permitiera a los diferentes niveles de gobierno, a los agentes de la sociedad civil

vinculada con la salud y con la investigación -sea universidades, sociedades científicas, agentes del sector privado e investigadores-, producir un acuerdo claro y específico sobre cuántas y qué prioridades de investigación deben tener la dedicación principal de recursos económicos, técnicos e institucionales para los próximos 5 años en el Perú.

Para ello, se partió revisando la definición de la investigación en salud con la finalidad de tener una base conceptual que permitiera definir el contenido metodológico y el contenido de los productos del proceso de elección de prioridades. La conclusión fue que la “investigación en salud” es la producción de conocimiento que tiene por objeto el estudio de las condiciones de salud (en el nivel biológico, psicológico y social) de un individuo o población y de las respuestas de la sociedad para mejorarlas. De esta forma la investigación en salud contribuye a la prevención y tratamiento de los problemas sanitarios, a una mayor comprensión de los determinantes socioeconómicos y al fortalecimiento del diseño e implementación de programas e intervenciones eficaces y eficientes.

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

Finalmente, el equipo arribó a la conclusión de que siendo la decisión de las prioridades un tema estratégico para el logro de los objetivos sanitarios nacionales y regionales es fundamental que esta tenga legitimidad y reconocimiento de los diferentes agentes involucrados. En este sentido, la definición participativa permite involucrar a los diferentes actores para escuchar sus aportes sobre las opciones de prioridad y los criterios para seleccionarlas y también para adoptar la decisión de manera conjunta. Para lograr esta definición participativa, el proceso propuesto proporciona momentos y metodologías que harían posi-

ble la deliberación y la toma de decisiones desde el nivel regional hasta el nacional.

Propósito del proceso:

Aportar evidencias para mejorar la efectividad de la respuesta social ante los principales problemas sanitarios y orientar mejor los recursos disponibles para la investigación en nuestra sociedad.

Insumos para el proceso

A partir de la definición de investigación en salud, consensuada para este proceso, quedó claro que los insumos para la definición de prioridades de investigación serían:

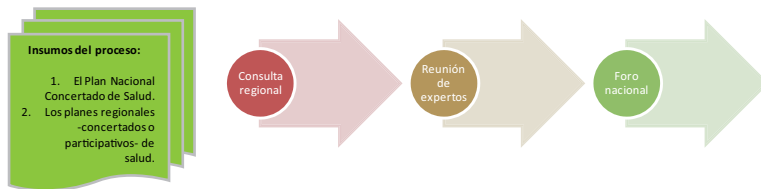
- i. El Plan Nacional Concertado de Salud, definido en el año 2008;
- ii. Los planes regionales -concertados o participativos- de salud, definidos entre los años 2004 y 2009.

¿Cómo se diseñó y planificó el proceso?

Tomando como criterio orientador la decisión del equipo del INS respecto a la relevancia estratégica de contar con prioridades de investigación que tengan legitimidad y reconocimiento de los diferentes agentes involu-



Figura 3. Insumos del proceso de definición de prioridades de investigación



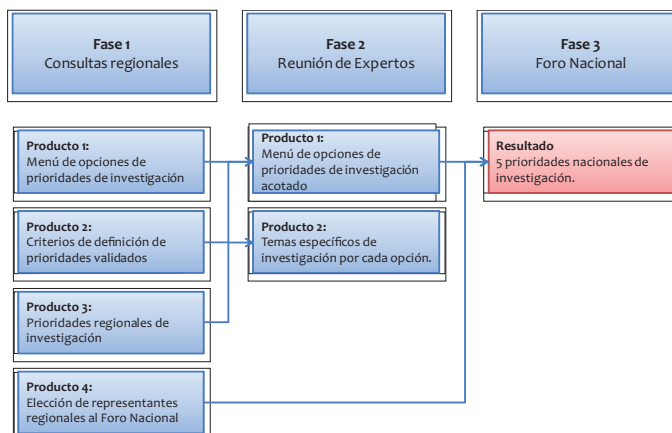
crados, se estableció que el proceso de definición debería partir de una **fase regional**. Dicha fase consistió en generar espacios de análisis y deliberación sobre las necesidades de investigación asociadas a las prioridades sanitarias regionales. Los productos o resultados de la fase regional deberían ser (Figura 3):

- i. Menú de opciones de prioridades de investigación;
- ii. Criterios de definición de prioridades validados;

- iii. Prioridades regionales de investigación;
- iv. Elección de representantes regionales al Foro Nacional donde se delibera y deciden las prioridades nacionales de investigación.

Una vez terminada la fase regional se propuso una segunda fase, denominada, **Reunión de expertos**, que consistía en deliberar y proponer temas de investigación por cada objetivo

Figura 4. Diseño del proceso de definición de prioridades de investigación



sanitario del PNCS. El producto o resultado de esta fase sería (Figura 4):

- i. Menú de opciones de prioridades de investigación acordado;
- ii. Temas específicos de investigación por cada opción.

Finalmente, el diseño del proceso concluiría en la fase denominada Foro Nacional, que consistía en someter a discusión y elección participativa el menú de prioridades –elaborado de los listados regionales-, y de las prioridades de investigación –a partir del menú de opciones y temas específicos- elaborado en la Reunión de Expertos Técnicos. En esta fase se realizaría un foro nacional, con las representaciones de todas las regiones más Lima y Callao. El producto de esta fase –resultado de todo el proceso- sería:

- i. Las prioridades nacionales de investigación en salud para el período 2010-2014.

¿Qué se esperaba de cada fase del proceso?

Fase I

En esta fase inicial se esperaba generar espacios de análisis y deliberación sobre las necesi-

dades de investigación asociadas a las prioridades sanitarias regionales. Para ello, se planearon visitas de abogacía con las autoridades regionales y la organización de talleres en las 24 regiones, en coordinación con los Consejos Regionales de Salud (CRS). Los CRS convocarían a los integrantes de las organizaciones que los conforman para analizar/identificar qué agenda de investigación es necesaria para lograr sus objetivos sanitarios, estableciendo sus prioridades regionales de investigación.

Las características de los productos esperados de la fase eran las siguientes:

- i. Menú de opciones de prioridades de investigación. Es decir, un listado de temas de investigación correlacionados con prioridades sanitarias, de acuerdo a la pauta de trabajo que se desarrolla en la sección de eventos regionales;
- ii. Criterios de definición de prioridades validados. El INS propuso un conjunto de criterios: severidad, costo-efectividad, equidad, aceptabilidad ética, calidad científica, factibilidad e impacto. Se



esperaba que los diferentes agentes participantes de las reuniones regionales revisen, comprendan y propongan ajustes o precisiones a los criterios. La deliberación sobre los criterios buscaba dos resultados: (i) que los agentes participantes conocieran y comprendieran los criterios que serían utilizados en el momento de decisión de las prioridades en la II fase y (ii) que los criterios fueran enriquecidos y reconocidos como válidos.

- iii. Prioridades regionales de investigación. Luego de la definición de una agenda o listado de opciones de prioridad de investigación, se proporcionaría asistencia a los equipos regionales para la selección de cinco prioridades. De todas las prioridades regionales se esperaba confeccionar el Menú de opciones para el evento nacional.
- iv. Elección de representantes regionales al foro nacional donde se delibera y deciden las prioridades de investigación. El INS definió una cuota de participación por región, de acuerdo a criterios de población y pobreza.

Fase II

Una vez concluida la fase regional se esperaba continuar con la Reunión de Expertos, a la cual serían convocados representantes de entidades nacionales ubicadas en la ciudad de Lima con el propósito de identificar las necesidades de investigación para atender las prioridades expuestas en el PNCS.

Para ello se pretendía organizar mesas de trabajo específicas por cada tema prioritario del PNCS y se anticipó la convocatoria a expertos ligados al tema ya sea porque, para dicha fecha, ejercían alguna función en las entidades nacionales relacionadas o porque son reconocidos en el medio por su producción intelectual al respecto. El taller se denominaría “Identificando las necesidades de investigación para las prioridades sanitarias del Plan Nacional Concertado de Salud”. Las características de los productos esperados fueron:

- i. Menú de opciones de prioridades de investigación acordado. Es decir, un listado de temas de investigación correlacionados con las prioridades sanitarias nacionales;

- ii. Temas específicos de investigación por cada opción. Es decir, un listado de temas sensibles de investigación para cada prioridad nacional expuesta en el PNCS.

Fase III

Para esta fase se planificó la realización de un foro nacional, con las representaciones de todas las regiones, más Lima y Callao. Se esperaba tener alrededor de 500 representantes. Las decisiones que se adoptarían en ese espacio tendrían carácter vinculante, en el marco de los parámetros establecidos por el INS, entidad del MINSA,

rectora de la investigación en salud. Con el propósito de otorgar transparencia y orden al proceso se consideró necesario contar con la participación de la Oficina Nacional de Procesos Electorales (ONPE). Esta entidad apoyaría el diseño de la normativa e instrumentos de votación y validaría el *software* de cómputo del proceso. Asimismo, para supervisar el proceso y garantizar su limpieza, transparencia y el cumplimiento de los principios y reglas establecidas se invitó a la Organización Civil Transparencia (entidad especializada en vigilancia de procesos electorales).



El proceso de elección

EL proceso de elección de las prioridades de investigación, en su fase de campo, se realizó entre los meses de octubre y diciembre de 2009. Acorde con el diseño planteado por el INS previamente, el proceso tuvo tres fases:

1. La **Consulta Regional**, que duró desde octubre a diciembre de 2009, y se aplicó en 20 regiones del país;
2. La **Reunión de Expertos Técnicos**, llevada a cabo en Lima, el 24 de noviembre de 2009;
3. El **Foro Nacional**, realizado en Lima, el 11 de diciembre de 2009, que contó con la representación de delegados regionales y nacionales desde distintos sectores involucrados.

I fase: Consulta Regional

Una primera característica distintiva de la reciente experiencia peruana **lo constituye el hecho de su inicio en las regiones con el propósito de reconocer la perspectiva regional respecto a los requerimientos de investigación y a partir de**

ello se construyó un menú de opciones para la elección nacional.

La fase de Consulta Regional tuvo dos momentos. El primer momento tuvo el objetivo de deliberar sobre las necesidades de investigación que requiere el abordaje de las prioridades sanitarias regionales, definidas previamente, en algunos casos, en procesos también participativos. Para ello, funcionarios del INS presentaban a los actores regionales los alcances, los objetivos y características del proceso y concluían con acuerdos de trabajo para que las regiones definieran -en un segundo momento- las prioridades regionales de investigación.

El segundo momento persiguió los siguientes objetivos:

- i. Definir las prioridades regionales de investigación;
- ii. Lograr el involucramiento de los diferentes agentes regionales y nacionales, el reconocimiento de la importancia del proceso y la trascendencia aplicativa de establecer prioridades de investigación en salud;

- iii. Proponer un listado de temas de investigación para aportar al menú nacional de opciones de prioridad de investigación en salud.

Es decir, que acorde con lo establecido en el diseño previo del INS, se esperaba que los productos de esta fase fueran:

1. **Un listado de temas o tipos de investigación;**
2. **Un reporte de aportes a los criterios de priorización;**
3. **Prioridades regionales de investigación;**
4. **Acta de elección de representantes regionales al Foro nacional.**

Una **segunda característica distintiva de la experiencia** fue el hecho de que, acorde con el diseño del INS, **se sometiera a discusión entre los actores regionales los criterios de priorización** –establecidos por el INS– con el propósito de conciliar la mirada nacional con la regional y legitimar su sostenibilidad en el tiempo.

Una **tercera característica** del proceso regional fue el carácter transparente, no sólo por el hecho de conciliar los criterios de priorización que se usarían en la elección nacional, sino también,

por poner en consideración, los temas de investigación.

Metodología empleada

Con la facilitación de funcionarios del INS, en 20 regiones del país se realizaron talleres, en los cuales mediante la revisión de evidencias y sesiones de deliberación entre representantes del sector salud, la academia, colegios profesionales y la sociedad civil se cumplían con los objetivos del proceso. Dichos talleres fueron convocados por los Consejos Regionales de Salud y conducidos básicamente por las direcciones regionales de salud con la asistencia técnica del INS.

Generalmente, se siguió la siguiente pauta metodológica:

- i. Presentación de las prioridades sanitarias de la región por el Director de Epidemiología (20 minutos);
- ii. Distribución de los participantes en grupos de diez personas, para la deliberación y sustento de cuáles y cuántas de las prioridades regionales de salud deben ser seleccionadas, síntesis y conclusiones del diálogo (20 minutos);



- iii. Elección de un relator y un secretario.
 - iv. Socialización de las principales conclusiones y sustentación sobre las prioridades sanitarias regionales que debe seleccionarse (15 minutos);
 - v. Votación individual en ánfora, de cuántas, entre una a cinco prioridades, y cuáles deben ser las prioridades por seleccionar (15 minutos);
 - vi. Recuento de votos y determinación de las prioridades sanitarias elegidas por mayor votación (10 minutos);
 - vii. Determinación de necesidades de investigación según prioridades sanitarias seleccionadas;
 - viii. Presentación del algoritmo para la determinación de necesidades de investigación según prioridades sanitarias seleccionadas (20 minutos);
 - ix. Toma de Acuerdo para la conformación de grupos de trabajo, sea por dominio en el tema o por afinidad;
 - x. Distribución de los participantes en grupos de trabajo (uno por prioridad sanitaria elegida), para la deliberación y sustento de cuáles son las necesidades de investigación en salud a ser consideradas, síntesis y conclusiones del diálogo (20 minutos). En este momento del proceso se utilizará el algoritmo correspondiente;
 - xi. Elección de un relator y un secretario;
 - xii. Llenado de la Matriz 1: Identificando la agenda de investigación para las prioridades sanitarias regionales elegidas; (Anexo 1)
 - xiii. Socialización de listado de necesidades de investigación, sustentación y aportes de la plenaria sobre temas adicionales de investigación (15 minutos).
- Un elemento clave lo constituyó el origen del listado de prioridades. Se determinó que fuera elaborado a partir de las prioridades sanitarias regionales.
- Otro elemento clave, como quedó establecido anteriormente, era el hecho de que a los eventos regionales se llevaba un listado de criterios para ser analizados por los participantes con el propósito de recibir aportes, comentarios, precisiones o agregados a la lista propuesta según una matriz (Anexo 2). Cada facilitador del INS tenía el encargo de traer un reporte consolidado

por región de todos los aportes dados por los grupos (solo uno por región). Para ello, se siguió la siguiente metodología:

- i. Presentación de criterios para la definición de prioridades de investigación (10 minutos);
- ii. Distribución de los participantes en grupos de trabajo, analizan los criterios de definición de prioridades de investigación y realizan aportes (20 minutos);
- iii. Elección de un relator y un secretario;
- iv. Plenaria de socialización de los aportes sobre los criterios más relevantes para definir las prioridades regionales de investigación;
- v. Votación mediante cédula en la cual cada participante elige tres criterios que a su opinión son los criterios más relevantes para definir las prioridades regionales de investigación (15 minutos);
- vi. Recuento y determinación de los criterios prioridades sanitarias elegidas por mayor votación.

Respecto a las prioridades regionales de investigación, quedó establecido que cada región

definiría el número de prioridades –según decisión del Gobierno Regional/DIRESA-, y que se tomaría en cuenta el listado elaborado como referente para cada prioridad sanitaria regional, (Anexo 3) expuesta en el Plan Regional de Salud. Para ello se siguió la siguiente pauta metodológica:

- i. Presentación de criterios para la definición de prioridades de investigación (10 minutos);
- ii. Distribución de los participantes en grupos de trabajo, analizan los criterios de definición de prioridades de investigación y realizan aportes (20 minutos);
- iii. Elección de un relator y un secretario;
- iv. Socialización de las opciones de necesidades de investigación más importantes que la Región aportará al foro nacional;
- v. El número de prioridades que se debe aportar al foro nacional estará en el rango de 1 a 5, o los que decidieran los representantes;
- vi. Votación individual por cada participante mediante cédula, eligiendo cuántas y cuáles serían las necesida-



des de investigación, que a su opinión, la Región debe aportar al taller nacional de definición de las prioridades nacionales de investigación en salud (15 minutos);

- vii. Recuento y determinación de las prioridades de investigación elegidas para ser presentada al foro nacional.

Como último elemento, materia de decisión, quedaba la definición del número y los nombres de los representantes regionales al Foro Nacional. Quienes participaban de la elección de las prioridades regionales de investigación también decidían quiénes los representarían en el proceso de elección de prioridades nacionales. Para ello, se elaboraba un acta en señal de transparencia y conformidad (Anexo 4)

Las principales características del proceso de elección regional

¿Qué tanto se cumplieron con las características deseadas por el INS en la práctica? ¿Cuáles fueron las principales características del proceso de elección regional?

- i. Alcance regional;
- ii. Pluralidad de la representación;

- iii. Nivel de participación;
- iv. Pluralidad de requerimientos.

Sobre el alcance regional. El proceso tuvo lugar en 20 regiones del país. Para ello, funcionarios del INS se desplazaron a las regiones de Amazonas, Ancash, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Huancavelica, Junín, Lambayeque, La Libertad, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes y Ucayali.

Sobre la pluralidad de la representación. En la fase regional se estimuló que la representación fuera plural. Para ello, se pretendía que hubiera participación efectiva de representantes de las DIRESA y prestadores del Gobierno Regional, participantes de otros prestadores participantes de colegios profesionales, de la academia y sociedad civil (Tabla 2).

Sobre el nivel de participación. Como se aprecia en el Gráfico 1, la composición de los talleres regionales tuvo las siguientes características:

- Número de participantes que representaban al Gobierno Regional correspondiente (DIRESA y prestadores) fue

Tabla 2. Perfil del participante regional en la elección de prioridades regionales de investigación.

Participantes de las DIRESA y prestadores de GR	Participantes de otros prestadores	Participantes de colegios profesionales	Participantes de la academia	Participantes de la sociedad civil
<ul style="list-style-type: none"> • Funcionarios de Salud de las Personas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionarios de la red regional de EsSalud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Representantes del consejo regional del Colegio Médico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Representantes de universidades públicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Representantes de FOROSALUD.
<ul style="list-style-type: none"> • Funcionarios de Gestión de Recursos Humanos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionarios de la red regional de la Policía Nacional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Representantes del consejo regional del Colegio de Enfermeras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Representantes de universidades privadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Representantes de las ONG regionales de desarrollo.
<ul style="list-style-type: none"> • Funcionarios de Epidemiología. 	<ul style="list-style-type: none"> • Representantes de las clínicas privadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Representantes del consejo regional del Colegio de Obstetrices. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Funcionarios de Estadística e Informática. 				
<ul style="list-style-type: none"> • Funcionarios de Medicamentos. 				
<ul style="list-style-type: none"> • Representantes de la red hospitalaria pública. 				
<ul style="list-style-type: none"> • Representantes de las redes y microrredes de salud. 				

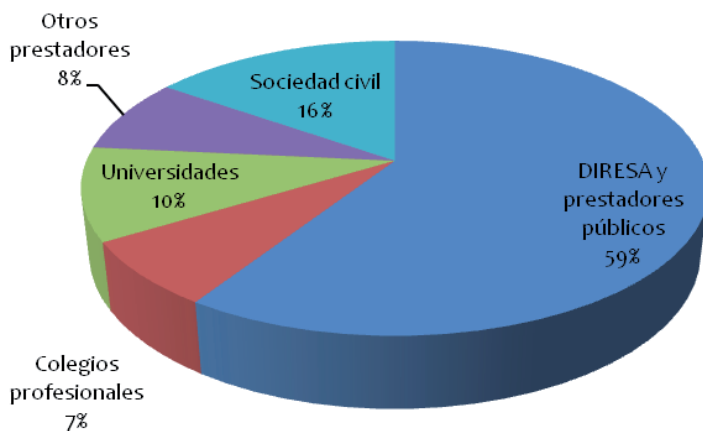
en un promedio de 17, que representó el 59% de los participantes;

- Número de participantes que representaban a la sociedad civil estuvo en un promedio de 4 (15%);

- Número de participantes de las universidades regionales estuvo en un promedio de 3 (10%);

- Número de participantes provenientes de las redes prestadoras de servicios de salud de

Figura 5. Composición de los talleres regionales de elección de prioridades de investigación



otros sectores estuvo en un promedio de 2 (8%);

- Número de participantes que representaban a los colegios profesionales estuvo en un promedio de 2 (7%);
- Número de facilitadores nacionales fue en un rango de 2 a 4 funcionarios del INS o de diversas dependencias del Ministerio de Salud. En promedio participaron 2 facilitadores nacionales.

Sobre la pluralidad de requerimientos de investigación. El principal resultado de los talleres regionales revela la pluralidad de los requerimientos de investigación en salud, acorde con la diversidad de problemas sanitarios considerados como prioritarios en cada región del país. Aunque existe dos problemas que son denominador común (desnutrición infantil y mortalidad materna) se encontró una amplia gama de requerimientos tal como se aprecia en la Tabla 3.

Tabla 3. Listado de prioridades regionales de investigación en salud elegidas para periodo 2010-2014

Regiones	Prioridades regionales
Amazonas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Investigación de determinantes de interculturalidad que contribuyen a la mortalidad materna perinatal y neonatal. 2. Investigación microbiológica y parasitológica en aguas de consumo humano y prevalencia/incidencia en la población. 3. Investigación en alimentación complementaria en zonas rurales y nativas. 4. Investigación para conocer factores socio-culturales relevantes en la prevención de las ITS y VIH/SIDA en la región Amazonas. Estudiar CAP sobre factores y conductas de riesgo. 5. Investigación operativa para el control del dengue: dificultades en la implementación de medidas efectivas de prevención y control de dengue.
Ancash	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación de impacto de las intervenciones realizadas en desnutrición infantil en Ancash. 2. Investigaciones para conocer más los factores de riesgo de la mortalidad infantil e inmuno-prevenibles en Ancash. 3. Evaluación del impacto de las intervenciones realizadas en salud sexual y reproductiva en Ancash. 4. Investigaciones para conocer más los factores de riesgo para la salud mental en Ancash. 5. Investigaciones para conocer más la enfermedad y los factores de riesgo de las enfermedades crónicas degenerativas en Ancash.
Arequipa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación de impacto de la implementación de las funciones obstétricas neonatales para la reducción de la morbi-mortalidad materna y perinatal. 2. Investigaciones para conocer la prevalencia, factores de riesgo y condicionantes económicos y socioculturales de la malnutrición y anemia en niños menores de 5 años. 3. Estudio operativo en los procesos desarrollados en la prevención de transmisión vertical del VIH. 4. Investigación que evalúe el impacto de la formación y las diversas formas de capacitación en el desempeño laboral en el acceso a los servicios de salud. 5. Investigaciones para determinar las características (físico, químicas y biológicas) del agua potable intradomiciliaria en Arequipa.
Ayacucho	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación de costo-efectividad de las intervenciones realizadas en desnutrición crónica. 2. Evaluación de costo-efectividad de las intervenciones realizadas en mortalidad materna. 3. Evaluación de impacto de nuevas intervenciones para reducir la mortalidad perinatal. 4. Evaluación de impacto de las intervenciones actuales sobre entornos saludables. 5. Evaluación de impacto de las intervenciones actuales en salud mental.

Regiones	Prioridades regionales
Cajamarca	<ol style="list-style-type: none"> 1. CRED con enfoque de interculturalidad 2. Impacto del Programa Juntos en el acceso a parto institucional 3. Resultado de las capacitaciones en la capacidad de respuesta de los servicios. 4. Brecha entre la formación de profesionales y la realidad sanitaria.
Huancavelica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación de impacto de intervenciones nuevas en la problemática de la mortalidad materno y perinatal. 2. Evaluación de impacto de intervenciones actuales en salud sexual y reproductiva y promoción de la salud. 3. Evaluación en el impacto de los programas sociales en nutrición. 4. Investigaciones operativas de intervenciones locales en salud sexual y reproductiva. 5. Investigaciones operativas frente a la prevención, atención y rehabilitación en salud mental en sus prioridades. 6. Investigación para la evaluación del impacto de las intervenciones de calidad de atención del usuario.
Huánuco	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación del impacto de intervenciones nuevas en la problemática de la mortalidad materno y perinatal. 2. Evaluación del impacto de intervenciones actuales en salud sexual y reproductiva y promoción de la salud. 3. Evaluación en el impacto de los programas sociales en nutrición. 4. Investigaciones operativas de las intervenciones locales en salud sexual y reproductiva. 5. Investigaciones operativas frente a la prevención, atención y rehabilitación en salud mental en sus prioridades. 6. Investigación área la evaluación del impacto de las intervenciones en la calidad de atención del usuario.
Junín	<ol style="list-style-type: none"> 1. Investigaciones para conocer los factores de riesgo de VIH/SIDA relacionados o asociados con TBC en la población adolescente vulnerable de Junín. 2. Investigación de evaluación de impacto de las intervenciones nuevas y actuales estatales y no estatales para reducir la desnutrición crónica en la región Junín. 3. Evaluaciones de costo-efectividad de intervenciones realizadas por el sector público y privado en la reducción de la muerte materna. 4. Investigaciones para conocer más la enfermedad, los factores de riesgo y los determinantes de la salud que influyen en la mortalidad perinatal. 5. Evaluación de impacto de nuevas intervenciones para el consumo de agua segura y su repercusión en la salud pública de la región Junín. 6. Investigaciones para conocer más los factores de riesgo asociados a la violencia familiar en la región Junín.
La Libertad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Investigación en nuevas intervenciones para la prioridad sanitaria de mortalidad materna e infantil. 2. Investigación en nuevas intervenciones para la prioridad sanitaria desnutrición. 3. Investigación en nuevas intervenciones para la prioridad sanitaria enfermedades transmisibles. 4. Investigación en nuevas intervenciones para la prioridad sanitaria neoplasias. 5. Investigación en nuevas intervenciones para la prioridad sanitaria Infecciones respiratorias y Neumonía.

Regiones	Prioridades regionales
Lambayeque	<ol style="list-style-type: none"> 1. Investigaciones operativas en escasez y deterioro de los servicios de agua, desagüe y basura. 2. Evaluaciones de costo-efectividad en aseguramiento universal para reducir la marginación de los pobres a los servicios de salud. 3. Evaluaciones de impacto de las intervenciones actuales en desnutrición. 4. Investigaciones para conocer la prevalencia y factores de riesgo en salud mental. 5. Evaluaciones de impacto de las intervenciones actuales en salud materna.
Loreto	<ol style="list-style-type: none"> 7. Investigaciones socioculturales de la cosmovisión de las comunidades indígenas y fronteras frente a las ITS y VIH/SIDA 8. Evaluación del impacto de las intervenciones dirigidas a la prevención y control de las ITS y VIH/SIDA en la Región Loreto: intervención de promotores de pares HSH, intervención para la disminución de la transmisión vertical y la intervención en consejería preventiva. 9. Evaluación del impacto de los programas sociales dirigidos a la reducción de la desnutrición infantil. 10. Investigación de la línea de base para conocer la relación entre los determinantes sociales proximales y distales relacionados a la mortalidad materna y al acceso a los servicios de salud.
Madre de Dios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Impacto de las intervenciones en las enfermedades transmisibles. 2. Evaluar el grado de cumplimiento de la normatividad de tránsito en Madre de Dios. 3. Evaluar el cumplimiento de la vigilancia del saneamiento básico. 4. Estudio de la implementación de la interculturalidad en los servicios de salud materno-infantil. 5. Estudio del nivel de conocimiento de las familias sobre el valor proteico de alimentos regionales.
Moquegua	<ol style="list-style-type: none"> 1. Investigación de los factores de riesgo de la mortalidad materna y neonatal. 2. Investigaciones para conocer la prevalencia y los factores de riesgo para desarrollar cáncer, hipertensión arterial y diabetes en Moquegua. 3. Conocer la magnitud de la TBC MDR y del VIH para tomar medidas de prevención y control. 4. Investigación para conocer la incidencia y prevalencia de violencia familiar y los factores asociados al consumo de sustancias psicótropas. 5. Conocer la contaminación de las aguas del Embalse Pasto Grande y los efectos en la salud de la población. 6. Fortalecimiento de la investigación para la mitigación de los efectos de la radiación UV en la población estudiantil de la región Moquegua.
Pasco	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimiento de conductas socioculturales de las familias sobre agua y saneamiento. 2. Evaluación del impacto de los programas de asistencia alimentaria y vigilancia sanitaria. 3. Evaluación del impacto de las estrategias en la salud materno-perinatal. 4. Efectos en la salud por exposición a contaminantes ambientales. 5. Investigación para conocer los factores y magnitud de la violencia intrafamiliar.

Regiones	Prioridades regionales
Piura	<ol style="list-style-type: none"> 1. Investigaciones para conocer más la enfermedad y los factores de riesgo en los determinantes culturales en dengue. 2. Evaluación de impacto de las intervenciones actuales realizadas en Piura sobre desnutrición crónica infantil. 3. Investigaciones operativas en mortalidad materna neonatal en Piura a fin de evaluar si la implementación de la estrategia de plan de parto contribuye al incremento del parto institucional y por ende a la disminución de muerte materna.
Puno	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestantes adolescentes. 2. Sistema de referencia y contrarreferencia. 3. Infecciones respiratorias agudas. 4. Sepsis neonatal. 5. Valor nutritivo de los alimentos.
San Martín	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilancia y control vectorial <i>Aedes aegypti</i>. 2. Deficiente enfoque preventivo y promocional materno infantil. 3. Inadecuada calidad de atención en los servicios materno-infantiles. 4. Diagnóstico situacional de desnutrición infantil. 5. Violencia familiar en las instituciones educativas.
Tacna	<ol style="list-style-type: none"> 1. Investigaciones para conocer los problemas de salud mental y los factores de riesgo de la violencia familiar, intento de suicidio, abuso de alcohol y drogas. 2. Investigaciones operativas para el control de la tuberculosis. 3. Investigaciones operativas de intervención de los procesos educativos en salud. 4. Investigaciones operativas en seguridad alimentaria: en educación para una cultura alimentaria y estilos de vida saludables, para conocer la calidad e inocuidad de elaboración de expendio de alimentos. 5. Investigaciones para conocer la gravedad y magnitud del problema de rectoría en salud y los factores causales en la región Tacna. 6. Investigaciones para conocer el problema de planificación, distribución y competencias de los recursos humanos y los factores causales en la región Tacna.
Tumbes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluaciones de impacto de las intervenciones sanitarias actuales en enfermedades transmisibles (Alta prevalencia de ITS/VIH/SIDA y alto riesgo de transmisión de malaria dengue). 2. Investigaciones para conocer los daños y los factores de riesgo en Tumbes debido al inadecuado saneamiento básico y contaminación ambiental. 3. Evaluaciones de impacto de intervenciones actuales de enfermedades no transmisibles (desnutrición, alcoholismo y drogadicción). 4. Evaluación para conocer el impacto de las intervenciones actuales en salud materno-perinatal. 5. Investigaciones para conocer los factores de riesgo y determinantes asociados a una deficiente calidad de atención de los servicios de salud.

Regiones	Prioridades regionales
Ucayali	<ol style="list-style-type: none">1. Investigaciones para conocer la incidencia y los factores asociados con las infecciones respiratorias agudas en Ucayali.2. Evaluación de impacto de las intervenciones en ITS y VIH/SIDA realizadas en Ucayali.3. Investigaciones operativas para mejorar la detección y el cumplimiento de las normas de manejo de tuberculosis en Ucayali.4. Evaluación de impacto de las intervenciones actuales en anemia y desnutrición crónica realizadas en Ucayali.5. Investigaciones para conocer los factores condicionantes de la mortalidad materna en Ucayali.

II fase: Reunión de expertos

La reunión de expertos ocurrió en Lima, el 24 de noviembre de 2009. En dicha reunión se persiguió: i) Identificar las necesidades de investigación para las prioridades sanitarias del Plan Nacional Concertado de Salud; ii) Presentar la propuesta de criterios de selección de las prioridades de investigación en salud; iii) Presentar la propuesta metodológica del evento nacional de definición de prioridades de investigación en salud.

Como producto final de esta fase se esperaba contar con un Listado de necesidades de investigación por prioridades sanitarias del PNCS. (Anexo 5) Ello significaría que para cada tema priorizado en el PNCS, según la distribución de las mesas de trabajo, se identificara un listado de necesidades tipo de investigaciones necesarias para el logro de los objetivos/

metas propuestos. Para ello fueron convocados expertos de universidades, instituciones privadas y públicas dedicadas a la investigación en salud.

III fase: Foro Nacional

El Foro Nacional se llevó a cabo en Lima, el 11 de diciembre de 2009. El propósito del foro fue el de generar un espacio amplio de deliberación y toma de decisiones sobre las prioridades nacionales de investigación en salud para los próximos 5 años, que permitiera al país orientar preferentemente los recursos de investigación, los esfuerzos institucionales y las políticas de promoción de la investigación en salud.

Los objetivos de dicho espacio, al cual acudieron cerca de 500 representantes de instituciones de salud regionales y del nivel nacional, fueron los siguientes:

- i. Deliberar y establecer las cinco prioridades sanitarias para la investigación en salud;
- ii. Deliberar y establecer los criterios para la definición de las prioridades de investigación en salud;
- iii. Deliberar y establecer el número de prioridades nacionales de investigación en salud para el período;
- iv. Deliberar y establecer las prioridades de investigación en salud 2010-2014.

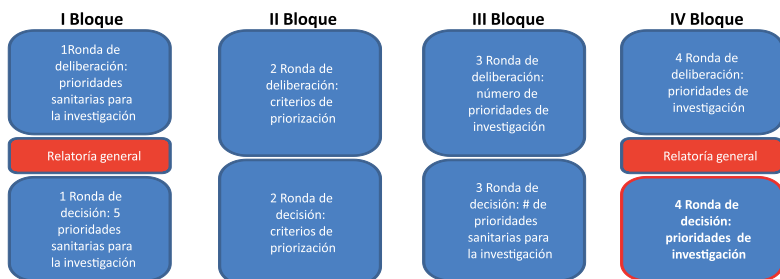
Metodología general empleada

La propuesta planteada para el desarrollo del Foro Nacional constaba de cuatro bloques de trabajo, como se muestra en el siguiente gráfico:

El primer bloque estaba orientado a establecer, de un menú de 23 “prioridades/objetivos sanitarios” del Plan Nacional Concertado de Salud, las cinco prioridades **sanitarias** para la investigación. Este bloque contenía un momento para deliberación sobre las mejores alternativas de decisión, un momento de relatoría general del trabajo de todos los grupos y un momento decisorio mediante el voto.

La relatoría centralizaba los avances del debate en los grupos, de modo que se prescindía de una sesión plenaria, y había un reporte único, que constaba de los principales argumentos esgrimidos en la deliberación y las prioridades más argumentadas. Luego de lo cual recién se procedía al momento de la votación.

Figura 6. Estructura base del evento.



Así, la metodología contemplaba momentos de debate y momentos de decisión a través de los 50 grupos de trabajo, con 50 facilitadores, 50 relatores, con el apoyo de la ONPE, quien a proporcionado la asistencia técnica del proceso, y con la participación de observadores de la organización civil TRANSPARENCIA quienes vigilaron el proceso de modo que éste tuviera las garantías de neutralidad, transparencia y pluralidad necesarias por la importancia de las decisiones a adoptar. Asimismo, los reportes de relato-

ría de las deliberaciones de los 50 grupos de trabajo gracias al software de votación “Voces y Consensos”, desarrollado con la supervisión de la ONPE, el que sirvió para la votación de cada participante en su mesa de trabajo.

El segundo bloque estaba orientado a deliberar y determinar los principales criterios para decidir las prioridades de investigación. Estos criterios fueron:

El tercer bloque tenía como objetivo deliberar y decidir cuántas prioridades de investigación eran

Tabla 4. Criterios específicos propuestos para el Foro Nacional

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



posibles de ser gestionadas efectivamente por el Estado y los actores involucrados, de modo que podamos mostrar resultados para el período 2010-2014.

El último bloque era el decisorio central. En este se cumplía la metodología completa que contiene ronda de deliberación, relatoría y ronda de votación.

Materias de decisión y sus respectivas cédulas de votación¹⁰

En consonancia con los objetivos del Foro Nacional, las cuatro materias de deliberación y decisión fueron (i) las prioridades sanitarias para la investigación en salud, (ii) los criterios para adoptar las prioridades, (iii) el número de prioridades de investigación y (iv) las prioridades nacionales de investigación en salud.

Para cada una de estas materias de decisión se elaboraron cédulas de votación que presentamos a continuación.

La cuarta cédula de votación fue elaborada en el mismo evento,



CÉDULA DE VOTACIÓN - PRIMERA RONDA PRIORIDADES SANITARIAS NACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

¿Cuáles son las 5 prioridades sanitarias para la investigación en salud a las que se le deben dedicar los mayores recursos y tiempo para los próximos 5 años?

Opciones de prioridades sanitarias para la investigación	Marque tres opciones
Calidad de Vida Discapacitado	
Recursos Humanos en Salud	
Salud Mental	
Enfermedades Transmisibles	
Mortalidad Materna	
Desnutrición Infantil	
Medio Ambiente	
Oferta y Calidad de los Servicios	
Educación en Salud	
Participación Ciudadana	
Accidentes de Tránsito y Lesiones Intencionales	
Mortalidad por Cáncer	
Aseguramiento Universal	
Mortalidad Infantil	
Salud Bucal	
Financiamiento y Calidad del Gasto	
Descentralización Gobiernos Regionales y Locales	
Crónico Degenerativas	
Salud Ocupacional y Seguridad en el Trabajo	
Agua y Saneamiento	
Seguridad Alimentaria y Nutricional	
Rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional	
Acceso a Medicamentos y Uso Racional	



CÉDULA DE VOTACIÓN - SEGUNDA RONDA CRITERIOS PARA DEFINIR LAS PRIORIDADES DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

¿Qué criterios debemos utilizar para definir las prioridades nacionales de investigación?

Opciones de prioridades sanitarias para la investigación	Marque tres opciones
Severidad y magnitud	
Costo-efectividad de intervenciones	
Efecto en la equidad	
Aceptabilidad ética	
Calidad científica	
Factibilidad de la investigación	
Impacto sobre fortalecimiento capacidad de investigación	

10-Tomado de Informe de Consultoría de Granados, M. A. (2009)

PERÚ Ministerio de Salud Instituto Nacional de Salud

CÉDULA DE VOTACIÓN - TERCERA RONDA
NÚMERO DE PRIORIDADES DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
¿Cuántas prioridades nacionales de investigación debemos tener para los próximos 5 años?

Opciones de prioridades sanitarias para la investigación	Marque 1 opción
3 prioridades	
5 prioridades	
7 prioridades	

Como se detalló anteriormente, cada prioridad sanitaria contaba con un paquete de necesidades o tipos de investigación y un listado de investigaciones específicas identificadas por expertos en las prioridades, investigadores y por los equipos de los gobiernos regionales y sus consejos regionales de salud. La estructura de trabajo que estuvo detrás de la cuarta cédula de votación que por lo tanto como se muestra en el gráfico.

luego de la primera votación donde se definieron cinco prioridades sanitarias para la investigación en salud. Estas fueron:

1. Enfermedades transmisibles;
2. Recursos humanos en salud;
3. Desnutrición infantil;
4. Mortalidad materna;
5. Salud mental.

La definición operacional de “prioridad de investigación” como **necesidad de investigación** por cada prioridad sanitaria

Tabla 5. Tipos de investigación a seleccionar

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

ria para lograr los objetivos de política propuestos, es un nivel intermedio entre los grandes temas de investigación y las investigaciones específicas que son a la larga materia de financiamiento. La categoría de “prioridad de investigación” por lo tanto es un elemento ordenador para empaquetar investigaciones.

Este empaquetamiento, requería, por lo tanto, definir una tipología de investigaciones que sirviera de menú para cada prioridad sanitaria. La tipología de investigación sobre la cuales se

elaboró el menú de opciones de prioridad fue la siguiente:

Sobre esta base metodológica estuvo confeccionada la cédula de votación de prioridades de investigación en salud como se muestra en el Anexo 7.

Resultados de cada ronda de deliberación/decisión

El primer paso del Foro nacional estuvo dirigido a deliberar sobre cuáles serían los temas prioritarios a abordar. Para ello, se extrajo del Plan Nacional Concertado de Salud las 23 prioridades

Tabla 6. Resultados de la primera ronda: prioridades sanitarias para la investigación en salud.

	OBJETIVO/OPCIONES DE PRIORIDAD SANITARIA	N° VOTOS	%
1	ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	105	9.31
2	RECURSOS HUMANOS EN SALUD	104	9.22
3	DESNUTRICIÓN INFANTIL	100	8.87
4	MORTALIDAD MATERNA	96	8.51
5	SALUD MENTAL	77	6.83
6	EDUCACIÓN EN SALUD	76	6.74
7	MEDIO AMBIENTE	69	6.12
8	OFERTA Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS	60	5.32
9	CRÓNICO DEGENERATIVAS	51	4.52
10	ASEGURAMIENTO UNIVERSAL	43	3.81
11	FINANCIAMIENTO Y CALIDAD DEL GASTO	43	3.81
12	AGUA Y SANEAMIENTO	42	3.72
13	SALUD OCUPACIONAL Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO	35	3.10
14	MORTALIDAD INFANTIL	33	2.93
15	SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	32	2.84
16	RECTORÍA DE LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL	27	2.39
17	CALIDAD DE VIDA DISCAPACITADO	23	2.04
18	PARTICIPACIÓN CIUDADANA	23	2.04
19	DESCENTRALIZACIÓN GOBIERNOS REGIONALES Y LOCALES	21	1.86
20	ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y LESIONES INTENCIONALES	20	1.77
21	MORTALIDAD POR CÁNCER	17	1.51
22	ACCESO A MEDICAMENTOS Y USO RACIONAL	13	1.15
23	SALUD BUCAL	8	0.71
	Total de Votos Blancos	4	0.35
	Total de Votos Nulos	6	0.53

Tabla 7. Resultados de la segunda ronda: criterios para la definición de prioridades

	CRITERIO	Nº VOTO	%
1	SEVERIDAD Y MAGNITUD	321	27.44
2	COSTO-EFECTIVIDAD DE INTERVENCIONES	235	20.09
3	EFFECTO EN LA EQUIDAD	166	14.19
4	FACTIBILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	156	13.33
5	CALIDAD CIENTÍFICA	132	11.28
6	IMPACTO SOBRE FORTALECIMIENTO CAPACIDAD DE INVESTIGACIÓN	75	6.41
7	ACEPTABILIDAD ÉTICA	71	6.07
	Total de Votos Blancos	8	0.68
	Total de Votos Nulos	6	0.51

sanitarias nacionales. El resultado de la deliberación y elección fueron las prioridades sanitarias siguientes:

- i. Enfermedades transmisibles;
- ii. Recursos humanos en salud;
- iii. Desnutrición infantil;
- iv. Mortalidad materna;
- v. Salud mental.

Posteriormente, se procedió a elegir los criterios orientadores para la definición de las prioridades. Los criterios elegidos fueron (Tabla 7):

- i. Severidad y magnitud;

- ii. Costo-efectividad de intervenciones;
- iii. Efecto de la equidad;
- iv. Factibilidad de la investigación.

Como tercer paso del Foro, se procedió a elegir el número de prioridades de investigación para el ámbito nacional. El pleno decidió que debían ser siete prioridades según se muestra en la tabla 8.

Como último paso, se procedió a elegir siete prioridades usando el sistema VOCES&CONSENSOS, con cédulas de votación. El escrutinio arrojó lo siguiente:

Tabla 8. Resultados de la tercera ronda: número de prioridades de investigación

	OPCIONES	Nº VOTO	%
1	7 PRORIDADES	233	59.44
2	5 PRIORIDADES	130	33.16
3	3 PRIORIDADES	24	6.12
	Total de Votos Blancos	2	0.51
	Total de Votos Nulos	3	0.77

Tabla 9. Resultados del escrutinio de la votación para prioridades nacionales de investigación

	Opciones de prioridad de investigación	N.º de votos	%
1	007 - Investigaciones para conocer los problemas de recursos humanos	142	12,14
2	011 - Investigaciones para conocer mejor la problemática de la salud mental	100	8,55
3	028 - Evaluación del impacto de los programas sociales estatales y no estatales sociales en la reducción de la desnutrición infantil.	98	8,38
4	023 - Evaluaciones de impacto de estrategias e intervenciones actuales en mortalidad materna	70	5,98
5	019 - Investigaciones operativas en enfermedades transmisibles	67	5,73
6	017 - Evaluaciones de impacto de intervenciones actuales en enfermedades transmisibles	57	4,87
7	016 - Evaluaciones de impacto de nuevas intervenciones en enfermedades transmisibles	49	4,19
8	013 - Investigaciones operativas sobre salud mental	47	4,02
9	010 - Investigaciones operativas en recursos humanos	46	3,93
10	012 - Evaluaciones de impacto sobre intervenciones actuales en salud mental	45	3,85
11	029 - Evaluaciones de costo-efectividad de intervenciones en desnutrición	44	3,76
12	025 - Investigaciones operativas en mortalidad materna	41	3,50
13	027 - Evaluaciones de impacto de nuevas intervenciones para reducir la desnutrición crónica	37	3,16
14	015 - Investigaciones para conocer mejor las enfermedades transmisibles	36	3,08
15	026 - Investigaciones para conocer mejor el problema de la desnutrición infantil	36	3,08
16	018 - Evaluaciones de costo-efectividad de intervenciones en enfermedades transmisibles	34	2,91
17	021 - Investigaciones para conocer mejor el problema de la mortalidad materna	34	2,91
18	008 - Evaluación de impacto para conocer intervenciones actuales en recursos humanos	33	2,82
19	024 - Evaluaciones de costo-efectividad de intervenciones en mortalidad materna	31	2,65
20	030 - Investigaciones operativas en desnutrición	30	2,56
21	009 - Evaluación de impacto para conocer intervenciones nuevas en recursos humanos	27	2,31
22	022 - Evaluaciones de impacto de intervenciones nuevas en mortalidad materna	25	2,14

Opciones de prioridad de investigación		N.º de votos	%
23	020 - Investigaciones para sustentar inversiones en investigaciones en enfermedades transmisibles	14	1,20
24	014 - Investigaciones para sustentar investigaciones en salud mental	6	0,51
25	031 - Investigaciones para sustentar inversiones en investigación en desnutrición	6	0,51
Total de votos en blanco		6	0,51
Total de votos nulos		9	0,77

Prioridades nacionales de investigación en salud

En consecuencia con los resultados de las votaciones el país cuenta con siete prioridades de investigación en salud para el período 2010-2014:

- 1. Investigaciones para conocer los problemas de recursos humanos;**
- 2. Investigaciones para conocer mejor la problemática de la salud mental;**
- 3. Evaluación del impacto de los programas sociales estatales y no estatales sociales en la reducción de la desnutrición infantil;**
- 4. Evaluaciones de impacto de estrategias e intervenciones actuales en mortalidad materna;**
- 5. Investigaciones operativas en enfermedades transmisibles;**

6. Evaluaciones de impacto de intervenciones actuales en enfermedades transmisibles;

7. Evaluaciones de impacto de nuevas intervenciones en enfermedades transmisibles.

Estas prioridades permitirán ordenar la agenda de investigaciones del país. Para este fin, se propuso tomar como insumo de trabajo las investigaciones específicas que se propusieron en la fase de consultas regionales y en la consulta con expertos.

Como resultado del proceso de análisis, deliberación y elección también se completo un **menú de temas específicos** para cada una de las priorida-

Tabla 10. Temas específicos para la Prioridad 1

1. Investigaciones para conocer los problemas de recursos humanos
Determinar la brecha entre la formación de profesionales y la realidad sanitaria.
Investigaciones para conocer el problema de planificación, distribución y competencias de los recursos humanos y los factores causales.
Pertinencia entre perfiles de formación y perfiles ocupacionales.
Brechas entre las competencias de formación y las competencias requeridas para la atención en salud.
Evolución de brechas de RHUS por dominios geográficos y quintiles en la última década.
Factores relacionados con la deserción de estudiantes de instituciones formadoras de profesionales y técnicos de salud.
Relevancia y pertinencia de los currículos de pregrado de acuerdo con las necesidades y prioridades de salud del Perú.
Evaluación del desempeño de los trabajadores de salud con el enfoque de competencias.
Factores relacionados con el incremento de rotación del personal de salud en el primer nivel de atención.
Evaluación de la formación de profesionales de la salud en interculturalidad, enfoque de derecho y género.
Situación actual y perspectivas de los técnicos y agentes comunitarios de salud.
Satisfacciones y preocupaciones percibidas por el equipo básico de salud en zonas excluidas.
Percepciones de la población acerca del perfil y desempeño del personal de salud.

des elegidas, el cual es el que se presenta en los siguientes cuadros.

Los 13 temas específicos elegidos para la problemática de recursos humanos revelan la

Tabla 11. Temas específicos para la Prioridad 2

2. Investigaciones para conocer mejor la problemática de la salud mental
Investigaciones para conocer los problemas de salud mental y los factores de riesgo: violencia familiar, intento de suicidio, abuso de alcohol y drogas.
Investigación para conocer los factores y magnitud de la violencia intrafamiliar.

Tabla 12. Temas específicos para la Prioridad 3

3. Evaluación del impacto de los programas sociales estatales y no estatales sociales en la reducción de la desnutrición infantil

Impacto del Programa Juntos en el acceso al parto institucional.

Alimentación complementaria en zonas rurales y nativas.

Intervenciones en anemia y desnutrición crónica.

Grado de cumplimiento de la norma del clampeo del cordón umbilical y factores asociados por regiones.

Evaluación de las prácticas y determinantes de la disminución de la lactancia materna exclusiva en menores de seis meses.

Tabla 13. Temas específicos para la Prioridad 4

4. Evaluaciones de impacto de estrategias e intervenciones actuales en mortalidad materna

Evaluación del ejercicio de la salud sexual y reproductiva.

Evaluación del impacto de las estrategias en la salud materno - perinatal.

Evaluación de impacto de promoción de la salud.

Evaluación de la intervención y el impacto de las intervenciones en muerte materna/fronteras.

Evaluar si la implementación de la estrategia del plan de parto contribuye al incremento del parto institucional.

Evaluar el impacto de la ley en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

vigencia y gravedad del problema, desde la perspectiva de los actores clave.

Estos actores clave, como electores, han puesto el problema

de los recursos humanos en primer lugar asociado a distorsiones en la formación académica en los esquemas de gestión institucional del recurso humano en salud.



La escasa cobertura de beneficios en salud mental y el incipiente desarrollo de la materia en el país como un asunto de salud pública probablemente sean los factores explicativos de la escasez de temas específicos al respecto.

Tabla 14. Temas específicos para la Prioridad 5

5. Investigaciones operativas en enfermedades transmisibles
Evaluación de estrategias de cambio de conducta sexual en población general.
Evaluación de programa de disminución de transmisión vertical del VIH.
Evaluación de programas de disminución de ITS en grupos vulnerables.
Investigaciones operativas, de evaluación costo/efectividad y que midan el impacto de las intervenciones que se implementan sobre VIH/SIDA, TB MDR, XDR, lepra, zoonóticas y metaxénicas.
Investigaciones operativas para el control de la tuberculosis.
Evaluación de resultados de las intervenciones de la estrategia sanitaria y no gubernamentales (fondo mundial, SES, locales).
Desarrollo e implementación en campo de pruebas rápidas para el diagnóstico de la enfermedad de Carrión.
Estudios para identificar las dificultades en la implementación de medidas efectivas de prevención y control del dengue.
Determinación de impacto de las medidas de control vectorial a nivel local y regional (mosquiteros, insecticidas).

Tabla 15. Temas específicos para la Prioridad 6

6. Evaluaciones de impacto de intervenciones actuales en enfermedades transmisibles
Evaluación del impacto de las intervenciones dirigidas a la prevención y control de las ITS/VIH/SIDA.
Determinación de impacto y costo beneficio de los componentes de estrategia TARGA (pruebas laboratorio, medicamentos, descentralización de suministro).
Determinación de impacto de las medidas de control vectorial de malaria a nivel local y regional (mosquiteros, insecticidas).
Determinación de impacto de falta de adherencia al DOTS de tuberculosis en la generación de resistencia a medicamentos y casos secundarios en áreas de elevado riesgo de transmisión y en pacientes con comorbilidades.
Evaluación del impacto de la vacunación contra hepatitis B en zonas hiperendémicas.
Evaluación de impacto de control vectorial integrado en la enfermedad de Carrión.

El 25 de marzo de 2010 el MINSA emitió la RMN.º 220-2010/MINSA, que resuelve la aprobación de

las siete prioridades nacionales de investigación en salud para el periodo 2010-2014.

Tabla 16. Temas específicos para la Prioridad 7

7. Evaluaciones de impacto de nuevas intervenciones en enfermedades transmisibles

Determinación del Impacto de las pruebas rápidas de susceptibilidad a drogas ya validadas en la salud pública (disminución en la incidencia en MDR, mortalidad, etc.) en áreas de elevado riesgo de transmisión.

Determinación del impacto de las pruebas rápidas de susceptibilidad a drogas ya validadas en la salud pública (disminución en la incidencia en MDR, mortalidad, etc.) en áreas de elevado riesgo de transmisión.

Determinación de impacto de la falta de cumplimiento a los esquemas antimalárico en la tasa de recaídas.

Determinación de las medidas de control vectorial más efectivas en Leishmaniosis.

Evaluación de esquemas de tratamiento para hepatitis B crónica en zonas hiperendémicas.

Evaluación de nuevas terapias antiparasitarias en animales y humanos para fasciolosis.



MINISTERIO DE SALUD

No. 220-2010/MINSA



Resolución Ministerial

Lima, 25 de MARZO del 2010

Visto el Expediente N° 10-007574-001, que contiene los Oficios N° 115-2010-J-OPE/INS y N° 255-2010-J-OPE/INS, del Instituto Nacional de Salud, e Informe N° 242-2010-OGAJ/MINSA, de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo XV del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que el Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud, así como la formación, capacitación y entrenamiento de recursos humanos para el cuidado de la salud;

Que, el literal a) del artículo 7° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 001-2003-SA, establece como objetivo funcional institucional de dicho instituto, el desarrollar y difundir la investigación científica y tecnológica en salud, nutrición, salud ocupacional y protección ambiental, producción de biológicos, control de calidad de alimentos, productos farmacéuticos y afines y salud intercultural en los ámbitos regional y nacional;

Que, en virtud de ello, el Instituto Nacional de Salud ha propuesto para su aprobación, las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud para el período 2010-2014, con el objetivo de establecer de manera participativa las prioridades nacionales de investigación asociadas a los principales problemas sanitarios del país, en concertación con las regiones y promoviendo el compromiso de actores públicos y privados;

Estando a lo propuesto por el Instituto Nacional de Salud;

Con el visado del Jefe del Instituto Nacional de Salud, del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y del Viceministro de Salud;

De conformidad con lo dispuesto en el literal l) del Artículo 8° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud;



J. Olivera A



G. León Ch.

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud para el período 2010-2014, que a continuación se señalan:

1. Investigaciones para conocer los problemas de recursos humanos.
2. Investigaciones para conocer mejor la problemática de la salud mental.
3. Evaluación del impacto de los programas sociales estatales y no estatales sociales en la reducción de la desnutrición infantil.
4. Evaluaciones de impacto de estrategias e intervenciones actuales en mortalidad materna.
5. Investigaciones operativas en enfermedades transmisibles.
6. Evaluaciones de impacto de intervenciones actuales en enfermedades transmisibles.
7. Evaluaciones de impacto de nuevas intervenciones en enfermedades transmisibles.



A. Velásquez V.



V. Olivera



D. León Ch.

Artículo 2°.- El Instituto Nacional de Salud es responsable de difundir las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud para el período 2010-2014.

Artículo 3°.- Disponer que la Oficina General de Comunicaciones publique la presente Resolución Ministerial en la dirección electrónica <http://www.minsa.gob.pe/portada/transparencia/normas.asp> del Portal de Internet del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.


OSCAR RAUL UGARTE UBELLUZ
Ministro de Salud



¿Qué opinan los actores?

Con el propósito de identificar las percepciones de los grupos de interés acerca de la experiencia de haber elegido prioridades de investigación de manera participativa se eligieron personas que participaron en alguna fase del proceso y que a su vez son representativas de dichos grupos.

Para ello, el equipo elaboró un listado de grupos para su abordaje. El listado resultó siendo integrado por representantes de universidades públicas y privadas, por funcionarios de alto nivel del Ministerio de Salud, por funcionarios de algunas agencias de cooperación externa, por representantes de gobiernos regionales, y por funcionarios del INS que tuvieron la responsabilidad de conducir el proceso.

Posteriormente, se elaboró un cuestionario de cinco preguntas abiertas, orientadas a identificar las percepciones acerca de la calificación general del proceso, los aspectos más resaltantes, los principales puntos de éxito y dificultades y por último, las

implicancias en materia de Salud Pública para el país (Anexo 8).

Resulta importante resaltar que el propósito del proceso de definición participativa de prioridades nacionales de investigación es el de aportar evidencias para mejorar la efectividad de la respuesta social ante los principales problemas sanitarios y orientar mejor los recursos disponibles para la investigación en nuestra sociedad. A la luz de dicho propósito veamos qué tipo de beneficios encuentran los entrevistados.

1. Las percepciones sobre la calificación general del proceso

En primer lugar, es importante precisar que por lo general los entrevistados calificaron positivamente la experiencia. Los atributos que más valoran y consideran que tienen implicancias positivas para el país y para el sistema de salud son, de una parte, el carácter participativo del proceso, la pluralidad de la representación, y, de otra, el carácter regional.

Una experiencia fascinante. Las decisiones de salud tienen que partir desde abajo, desde aquellos que están en contacto directo con las acciones de salud. Es la primera vez que realmente se hace una convocatoria desde abajo.

Una experiencia muy importante, sobre todo por lo novedoso en la forma en que se llevó a cabo. El propósito fue que se lograra participación en la elección y asegurar esta participación de diferentes estamentos.

La experiencia bastante buena y exitosa, sobre todo en las regiones que me tocó participar..., fue muy buena la acogida, fue un trabajo que se hizo en conjunto con el Consejo Regional de Salud..., hubo participación de las universidades que fue lo más importante, ellos conocían muy bien el tema, acerca de la importancia de contar con prioridades de investigación.

La gran cantidad de personas que estuvieron presentes ese día, de muchas esferas de la actividad sanitaria, la académica, científica, de la cooperación, etc., de los servicios, fue impresionante..., teníamos varios ex ministros de salud, colegas de la esfera de

investigación, de la esfera de los organismos de cooperación, ..

Es una expresión de una voluntad positiva, democrática desarrollar un proceso de ese tipo.

El éxito está en la gran cobertura de compromiso y de participación de las regiones, hemos logrado la participación de 22 gobiernos regionales, eso es un indicador importante, y esta participación no solamente ha sido porque nos han recibido y porque nos han permitido realizar un taller, sino porque hemos suscrito actas de acuerdos y hemos identificado con ellos las prioridades de investigación para su realidad.

Un segundo aspecto que es bien calificado por los entrevistados es que la experiencia participativa deja una importante lección al país en materia de decisiones de políticas públicas, que, por un lado, podría transformar la actual lógica de la gestión pública y por otro significaría un candado para el predominio de grupos de poder en el tema.

/... Puede ser que hayan habido dificultades, errores o precipitaciones en algunos niveles, pero el hecho real es que por lo menos nos hemos encontrado allí un



montón de personas que desde abajo hemos venido trayendo ideas de los lugares más alejados del país y de los diferentes niveles de trabajo asistencial, propiamente de investigación para poder aportar”.

/...Lo relevante es la lección que se está dejando a la gestión pública. El hecho que una institución del Estado haya sido capaz de someter a consideración de la ciudadanía una decisión de política institucional y de política pública solo ha tenido precedentes en algunas regiones que han formulado planes estratégicos de manera participativa, más no en el nivel nacional.

Ha sido necesaria..., para poder darle legitimidad a las prioridades..., tradicionalmente las prioridades han sido identificadas por quienes hacen investigación y por lo general no ha estado vinculado a las necesidades del país ni tampoco a las políticas nacionales. Por lo tanto, no ha habido este tipo de ejercicios para definir prioridades. Lo que se hacía es definir temas, los cuales incluyen toda la problemática nacional, entonces no hay un ejercicio real de prioridades. El ejercicio siempre ha sido elaborar listas de “prioridades”, sin embargo, cuando se ha intentado hacer un

ejercicio de priorización desde gabinete, desde grupos técnicos, y en el momento que se quería vincular a una política nacional, generalmente se ha enfrentado con que los grupos de interés, al no verse representados en la lista, inmediatamente hacían abogacía o cualquier tipo de acción o presión –política, mediática- y lo que lograban era incorporar en la lista aquellos daños o prioridades que no estaban contempladas en la lista. Finalmente la lista se iba sumando de acuerdo a quien tenía más mecanismos para tener mayor presencia, y lógicamente quienes tenían mayor poder económico estaban mejor representados, teníamos listas cada vez más largas. Pero en la práctica no tenía ningún tipo de vínculo con la asignación de recursos.

Para poder darle a la investigación un enfoque diferente, por eso para mí es una experiencia muy positiva, hemos comprendido tanto nosotros del desde el Nivel Central, desde el Instituto Nacional de Salud, como las autoridades regionales, de que el tema de la investigación, no es el tema de un grupo pequeño, de un grupo de expertos , o de una elite que maneja científicamente ciertos conocimientos o cierta metodología, que es capaz de

aplicar sino que hemos bajado a la investigación al nivel del ciudadano, colocándolo en una vitrina diferente, para que ellos lo vean como una herramienta que de manera muy simple, puede ayudarle a solucionar los problemas de su comunidad, entonces eso es un cambio total, es un cambio total, entonces y como institución es la primera vez que lo hacemos, ese es todo lo bueno que yo puedo ver”.

Otro aspecto que ha sido calificado como positivo ha sido el significado de la fase regional, tanto por la manera cómo el INS logró acompañar el proceso en las 20 regiones del país haciendo uso de una metodología estandarizada, como por la oportunidad de enriquecer el listado que se puso a consideración en el Foro Nacional.

Es de resaltar la forma en que se ha llevado a cabo. Primero, se estandarizó el modelo de trabajo en las regiones. Luego, se logró acompañar la fase regional con una forma ya estandarizada.

No nos dábamos cuenta, de que era necesario tener un enfoque descentralista porque el país es muy heterogéneo, la realidad sanitaria es heterogénea, por lo que no pueden haber lineamientos o principios

únicos para que todos hagan lo mismo... entonces lo que hemos hecho es recoger su experiencia, respetar las necesidades sanitarias que tienen las regiones y convertirlas en temas de investigación.

Un cuarto aspecto que ha sido calificado como relevante –por parte de los funcionarios del INS que tuvieron a cargo el proceso– ha sido lo que significa tanto en la maduración de la institución para orientar sus acciones a las necesidades vistas desde los grupos de interés, desde los ciudadanos, como en la legitimidad del resultado y la oportunidad de construir un sistema de investigación que esté orientado por políticas de investigación, líneas, programas y reglas de juego claras en la asignación de recursos.

Hemos analizado cómo han sido los procesos similares anteriores, los intentos que se han realizado para poder contar con prioridades de investigación y poder construir un sistema nacional de investigación. Se caracterizaron por no ser participativos, por tener un enfoque centralista, por basarse principalmente en el juicio de los expertos. Por supuesto considerábamos de que esto era lo óptimo..., sin



embargo, lamentablemente no se obtenía el impacto deseado, había dificultad en la difusión, en la acogida y la aceptación por parte de los actores clave en Lima y en provincias. No lográbamos tener aliados, no lográbamos involucrar a actores que fueran del sector público-privado, ni lográbamos involucrar instituciones, tener políticas y líneas de investigación para poder asegurar recursos y poder tener proyectos más grandes, programas de investigación que tuvieran mayor impacto.

También, se evidencia buena percepción en el beneficio de vincular las prioridades sanitarias regionales a la definición de prioridades de investigación para las regiones.

Hubo un primer momento previo que era el Plan de Desarrollo, el Plan Concertado de Desarrollo Regional, ese plan concertado ya tenía una priorización en salud, priorización sanitaria, entonces de esta priorización sanitaria las universidades se abocaron a priorizar las investigaciones en base a la prioridad sanitaria, ese fue un primer momento, entonces, ya parte del trabajo se había avanzado, en cierta forma se

tenía las prioridades regionales y lo que había que hacer era priorizar las investigaciones en base a estas prioridades sanitarias regionales, en un primer momento.

Sin embargo, algunos entrevistados –particularmente, representantes de las universidades– mostraron escepticismo sobre si el mecanismo fue el adecuado para los fines de representación de las decisiones, y también, sobre la utilidad del proceso para ordenar la asignación de fondos y sobre la objetividad de la decisión.

/...no podemos estar diciendo hay que hacer esto, si no sabemos si hay fondos, ¿no?, o sea que es directamente proporcional al fondo económico que exista para apoyar, entonces uno escoge una cosa no más o dos, pero no diez como se eligieron..., la verdad es que ya los expertos tendrán que estudiar las conclusiones de este proceso, teniendo en cuenta que se hizo en este taller, ¿no? para ver si realmente coincide con la realidad o no.

/... Había que tener cuidado y tener claro, que las prioridades seleccionadas mediante ese proceso participativo si bien se convierten en un aporte importante, no tienen que ser necesariamente

“las prioridades”..., pueden haber razones técnicas..., no necesariamente el resultado es el que técnicamente tiene más sentido..., hay que tomarlo como un aporte muy importante pero no puede ser determinante o vinculante.

La paradoja entra en que al final entramos en un mecanismo de democracia directa masiva donde todo se vota y la pregunta que surge es esa es la mejor forma, cada participante un voto..., eso implica digamos que todos comparten el mismo proceso previo, la misma información. Entonces yo diría que es un buen ejercicio, un buen avance, pero habría que ver a la luz de los resultados de la votación un poco que traducen si es que reflejan realmente lo que se necesita, habría que comparar con el perfil, con el análisis de la situación de salud y ver si hay una correspondencia, no? o de repente la gente ha obrado de una manera más digamos con el corazón, no necesariamente con el cerebro en los temas que le gustan.../

2. Las percepciones sobre los aspectos más resaltantes y puntos de éxito del proceso

Con el propósito de revisar la coherencia de las percepciones expresadas por los entrevistados

se pidió resumir lo resaltante del proceso, con lo cual quedó en evidencia que lo mejor valorado es el liderazgo del INS, su capacidad de convocatoria, y capacidad para financiar esta iniciativa.

/... Que se tuvo una gran convocatoria, que hubo mucha presencia y participación de personas de diferentes niveles, diferentes áreas y el orden que se tuvo, ¿no? creo que como proceso estuvo bien.

El haber podido tener un liderazgo pleno por parte del INS, identificar primero a personas que conocen estos temas y conocen cada una de las regiones, identificar las personas que puedan colaborar en las diferentes etapas del proceso, segundo, el poder haber tenido, aunque no conozco el monto en sí, pero existió un presupuesto que permitió que todo esto se pudiera llevar a cabo, ese es un punto siempre crucial, contar con presupuesto para temas tan trascendental como es la priorización de investigación en salud ... , liderazgo, presupuesto, organización, son los aspectos más resaltantes.

Otro aspecto que es considerado como resaltante es acerca de los beneficios y las oportunidades de alinear la respuesta de las

universidades y del poder político regional a la hora de asignar fondos.

/... Lo más importante es contar con una priorización regional, basado en paso previo en donde participa toda la ciudadanía ..., si la ciudadanía ha priorizado, entonces las universidades hacen suyo lo que la ciudadanía ha priorizado y sobre eso coordinar con el Gobierno Regional la priorización de investigación, hay fondos que tiene cada región, en algunas regiones hay fondos como el Canon Minero, en otros está el Canon Aduanero , esos fondos pueden canalizarse a las prioridades de investigación que ya tiene cada región.

En primer lugar, que nos ponemos a seguir una metodología, que está validada ... también me parece importante destacar es la representatividad, se ha buscado una representatividad lo más amplia, desde las regiones en los diferentes niveles hasta las instituciones que teóricamente hacen investigación, como por ejemplo los institutos especializados, sería muy interesante añadirle a esto alguna forma de percibir la opinión de aquellas instituciones que investigan y que trabajan con el MINSA, nos den un poco su óptica, de

cómo ven al MINSA haciendo investigación esencial.

Un punto de éxito considerado como válido es el tipo de metodología utilizada que permitió una deliberación plural y la elección consciente de las preferencias de los representantes.

En todo caso no necesariamente la gente tenía que compartir una sola visión porque obviamente para eso está la diversidad de procedencias no sólo era la gente del sector salud, había personas de organizaciones comunitarias, etc. , entonces eso podría implicar también una diferencia perceptiva, sin embargo la idea de estos casos es, supongo yo, llegar hasta donde se pueda a una visión de consenso, con indicios de criterios compartidos y en cierto momento terminar con una priorización por votación.

El número de decisores de la investigación es bastante elevado ,en el Foro Nacional hemos tenido 500 personas, que iban desde ex ministros, o altos funcionarios del Estado, hasta personas afectadas por determinadas enfermedades, personas de la comunidad, era un compartir, todos a un mismo nivel, todos deliberando, todos siendo informados por igual, nadie recibió más información que el otro y todos pudieron

tener el mismo derecho en la oportunidad de opinar sobre un tema tan importante.

Otro aspecto resaltante es el hecho de que detrás de la experiencia haya habido un equipo técnico que fuera capaz de dar claridad a la metodología, dar consenso en la metodología, lo que permitió que el político haya aceptado esta iniciativa. Dicha respuesta del INS logró vencer, para este caso, la desconfianza que existe entre muchos actores sobre la respuesta de las instituciones públicas.

Hubo incredulidad al inicio, no se sabía si iba a servir para algo, se preguntaban cómo y para qué hacer prioridades si ya tenemos. La desconfianza, siempre hay desconfianza con las cosas que haga el Estado, todo lo que hace el Estado sale mal, no hay calidad técnica, hay gente que desconfía no sólo por la calidad sino porque se preguntan qué habrá detrás.../

La fase regional, que logró mirar a las regiones, quienes ya tienen un espacio ganado por la descentralización. El equipo notó que las regiones tenían que elegir.

El éxito radica en que, aunque la gente pueda criticar o no el proceso por su validez,

digamos, interna; por lo menos es un proceso que la gente la considera transparente, por la metodología, por lo menos pudo haber sido clara en sus fortalezas y debilidades, y se completó, y llegó a una resolución ministerial y está publicada. Entonces yo creo en que el proceso se haya completado rápido es un éxito.

3. Las percepciones sobre las dificultades del proceso

Respecto a las percepciones hubo dos tipos de dificultades: unas desde el punto de vista del participante y otras desde las del organizador.

En cuanto a los participantes, algunos percibieron como dificultad la extensión de la participación, sobre todo, la del Foro Nacional, sorprendió la cantidad de personas convocadas (500) y ponen en duda la capacidad de los facilitadores de mesa para resolver las dudas conceptuales de los votantes.

No, no era homogéneo bueno, y además, en algunos casos, el moderador no pudo contestar a algunas preguntas. Una limitación, porque los jefes de mesa, teóricamente, deberían ser capaces de resolver cualquier pregunta del grupo. En algunos



aspectos no podían facilitar porque seguramente eran temas que no estaban dentro de su conocimiento, claro, ¿no? Una cosa así, pero... generalmente los talleres son de menos cantidad de gente, ¿no? Entonces el número de gente es problema también, tanta gente difícil que se ponga de acuerdo, ¿no?

A veces los facilitadores deben conocer bastante sobre el tema, de participación, sobre la metodología participativa. Lo pude ver en otras mesas, no necesariamente en la mía... el facilitador, o sea, nosotros no somos los que tomamos decisiones, nosotros facilitamos, y allí es donde el facilitador debía tener una mayor experticia, conocer el tema, suponemos que fuera salud sexual y reproductiva, el tema, o muerte materna, deberían ser personas que conozcan bastante del tema, ¿no?, o por decir, en nutrición, conocer el panorama internacional o cual es la situación en las regiones, es la función del facilitador.

Otra percepción calificada como dificultad es el hecho de que muchos participantes no tenían pleno conocimiento de la magnitud de la problemática, que sin embargo, en contraste con la anterior percepción, fue

resuelto por la ayuda de los facilitadores.

Pero a algunas personas las han enviado para tener representatividad en la institución y un poquito que miraban a la derecha, miraban a la izquierda, para ver cómo hablábamos, qué hacíamos, y cómo decidir de la mejor manera... ha sido muy importante en la mesa, la gente que venía a apoyarnos, levantábamos la mano por alguna cosa que no captábamos y venían a apoyarnos.

Otra percepción considerada como dificultad –que proviene de representantes que muestran escepticismo sobre el carácter y la utilidad del proceso– es el hecho de que hubo poca oportunidad para sostener debates antes de la decisión de elegir.

En esa reunión que se hizo en Chorrillos simplemente no hubo ningún debate..., luego de frente eran los temas y el mecanismo de votación y punto; pero no hubo ninguna discusión..., en algunas mesas cierta discusión, ahora que recuerdo..., y no necesariamente era la idea ponerse de acuerdo..., mi impresión fue que en el esfuerzo de cambiar una dinámica de priorización, hacerla

participativa, se sacrificó la oportunidad de discutir mejor.

Tal vez las preguntas surgen en torno al cómo hacerlo de la mejor manera, ¿no?, y sobre todo, cuando hay un contexto de presupuesto limitado. Yo no conozco el proceso en su totalidad, yo ya estuve en ese taller de diciembre; y el taller de diciembre fue un proceso bastante rápido, en donde ya la gente venía de talleres preparatorios y quizás mi impresión fue en sentido parcial, ¿no?.../

Existen inquietudes acerca de si la metodología participativa de la última fase (Foro Nacional) resulta siendo consistente con el principio de elección usando evidencias. El desconocimiento del carácter y contenido de la fase regional y de la reunión de expertos por parte de algunos participantes hace que se ponga en duda la consistencia metodológica en dicho aspecto.

“No sé cuál es la mejor forma de hacerla participativa. Cómo hacer el proceso preparatorio, hasta dónde se puede compartir y generar consensos, cómo basarse en evidencias. Un poco la gente supuestamente prioriza en base a evidencias, pero no necesariamente. ¿La gente que estaba allí

había tenido contacto con evidencias?, ... de pronto los epidemiólogos van a pensar en evidencias pero las personas de la comunidad necesitan otras evidencias necesitan sus conocimientos respecto a cuáles son las preferencias, los valores de la gente o una visión de derechos humanos, o sea, no necesariamente es cierto los criterios con los cuales tú priorizas son los criterios basados en evidencias epidemiológicas hay diversos tipos de criterios que la gente puede utilizar pero eso tampoco estaba tan claro no?

Claro, todo se hizo en una mañana en 4 horas y eran 500 personas y había un montón de cosas para discutir entonces la única forma de que eso funcionara era con debate solo dentro de las mesas que eran mesas redondas diez personas pero un debate previo pequeño daban que se yo cinco minutos para debate diez minutos y de frente ir a los papelitos para la votación.

Un hecho percibido como dificultad por los participantes fue el resultado de combinar grandes espacios, gran grupo de personas discutiendo y limitaciones logísticas para conocer qué está pasando en otras mesas respecto al debate.



Me parece, que, por lo grande del auditorio, y como todo era plano, salvo que escucháramos por sistema de sonido indicaciones, algunas cosas nos llegaban demasiado tarde, esperábamos mucho o se nos pasaba, entonces eso es un asunto simplemente de la organización física del ambiente. Un segundo aspecto importante es que necesitábamos también un espacio, porque hubieron algunos aportes y comentarios que fueron interesantes desde algunos de los participantes, entonces también buscar un espacio de repente para poner aportes, cosas así, que no tenía que ver con lo que directamente en ese momento se estaba escogiendo, ha habido una serie de comentarios, hemos discutido detalles de cómo hacíamos investigación, mientras esperábamos entre una votación y otra, que para qué servía y cosas por el estilo, y eso hacía que, que fuera una experiencia muy enriquecedora, por ejemplo, yo traje varias ideas para acá para el laboratorio, pero hubiera sido importante registrar en cada mesa, porque se ha discutido mucho.

Otras fueron las preocupaciones o percepciones desde el punto de vista de los organizadores. Las principales dificultades fueron las relacionadas a la demanda presupuestal del proceso, la

incertidumbre en el traslado de los participantes regionales, la logística del Foro Nacional. Sin embargo, la solvencia y la claridad de la utilidad del proceso para construir un sistema nacional de investigación hacen que el conductor del proceso tenga una mirada positiva.

Pero en realidad la mayor parte trascendió, transcurrió sin ningún inconveniente.

4. Las percepciones sobre las implicancias en materia de Salud Pública

Resalta la percepción expresada por el conductor del proceso, que encuentra el valor político de esta experiencia en el desarrollo de la Salud Pública en el país. En primer lugar, en que demuestra que someter las decisiones al consenso social de quienes están interesados en el tema le da valor político y mensajes a los gobernantes de turno de cuáles son las inquietudes de los gobernados. En segundo lugar, porque permite ordenar los mecanismos de asignación de fondos y romper con la hegemonía de grupos que concentran dichos fondos. La cultura vigente en los círculos de quienes hacen investigación requie-

re de este tipo de iniciativas ya que significan una oportunidad para repensar y revisar la manera cómo se ha estructurado la investigación en el Perú.

El proceso de priorización no debe ser sólo un proceso social.

Cualquier ejercicio de priorización que no tenga consenso va a ser débil..., va a estar expuesto a los grupos de interés. ¿Qué ocurría cuando no se hacían prioridades explícitas? Se hacían las listas largas, y todos, incluidos los grupos de interés, quedaban contentos porque aparece el interés de cada uno. Pero qué ocurre en la práctica, que sí se termina haciendo priorización de esas listas largas. Esa priorización estaba en manos de quiénes asignaban los recursos y termina priorizando de esa manera. La priorización implícita no es nada útil para el país. El gobernante de turno debe tener la potestad de decidir en qué se va a gastar y en qué no.

No todo en la academia va a necesariamente debe estar alienado a estas prioridades, lo ideal sería que una buena parte, la mayor parte de la investigación que se hace en las universidades, en los institutos esté alienado a estas prioridades, pero todos sabemos que no esto necesariamente se pueda ser así, porque a veces

los recursos que se consiguen para hacer investigación existen para ciertas cosas y para otras no, pero probablemente lo que sí se podría llegar a exigir es que, las prioridades que determinen, si tengan que ser respetadas cuando se traten de recursos del sector público, ¿no?

Se encuentra que las expectativas en el desarrollo del sistema de investigación son altas, y muchos grupos de interés están dispuestos a continuar aportando en este esfuerzo. La experiencia ha dejado una oportunidad de establecer nuevas relaciones de reciprocidad, confianza y cooperación.

Porque todas estas personas, estoy seguro que como han participado tienen su propia identificación y cuando hicimos un sondeo en la mesa, en las dos mesas que participé estaban muy interesados en poder seguir participando sobre todo a través de Internet, físicamente ..., ellos podían participar, pero no perder el contacto y mantenerlos en una manera enterados del avance de las investigaciones, a través de qué nuevas investigaciones o problemas en la investigación, creo que a través de ellos van a poder verter bajo un tema de democracia y de participación amplia.



Esto va ha ser de mucha, mucha importancia para poder también llevar al sitio que le corresponde a todo lo que tenga que ver con la salud pública.

Otros participantes ven implicancias en la madurez del INS, al cual perciben como una institución vanguardista en el desarrollo de la Salud Pública.

/... Universidades, porque esto ha sido con personas, si enlazamos, como se ha estado, como INS viene haciendo viernes científico, una vez al mes, reuniones de los avances de investigaciones y entran en el enlace gratuito universidades o grupos científicos entonces se ampliaría tremendamente porque cuando se hacen esos enlaces podríamos empezar inicialmente en el Perú pero en otras oportunidades enlazando globalmente también a otros países, creo que es sumamente importante lo que se ha realizado y hay muchas expectativas, que esto lleve a mejor.

Existe una percepción generalizada que la investigación permitirá mejora la calidad de gestión pública sanitaria. Y que el esfuerzo del sistema debe también estar orientado a cambiar la cultura vigente y transformarla hacia

una gestión pública basada en evidencias.

La investigación bien orientada nos ayuda a tomar decisiones de gestión, entonces tenemos que encontrar una forma de sensibilizar a los líderes en los diferentes niveles sobre la investigación y hacerles ver que la investigación no es una cosa que sucede en laboratorios con seres geniales con coeficientes intelectuales por encima de 140, ¿no?, o sea la investigación es la que nos ayuda a tomar decisiones.

Sin embargo, se encuentra que se valora la necesidad de un sistema nacional de investigación con claridad en el ejercicio de gobernanza, que permita el desarrollo de iniciativas de bajo costo, que podrían dar beneficios a la salud.

La intención es construir , poco a poco un sistema nacional de investigación en salud, un sistema que se vaya creando, que se vaya construyendo logro tras logro, no queremos un sistema que se cree por decreto, o porque de repente, el más alto funcionario de salud, o el Presidente de la Republica esté convencido de que esto deba ser así, emita una ley o un decreto supremo y luego

viene la construcción posterior, nosotros creemos, que no, que ese de repente podrá ser el último paso, cuando hayamos demostrado paso a paso, que hayamos cimentado con bases, todos los demás componentes que debe tener un sistema nacional de investigación en salud, ese es uno de los componentes, ahora debemos construir gobernanza, definir las políticas y poder fortalecer las capacidades, lograr incrementar las capacidades de todos los actores que a nivel de Lima y de las Regiones van a ser parte del sistema, ese es el trabajo ahora, ir abriéndonos al mundo y tener proyectos concretos, programas de investigación que queremos y no proyectos de estado, entonces de esa manera vamos a ir construyendo el sistema, y llegara el momento en que le llamaremos sistema y que podrá ser reconocido, pero cuando esto suceda estará adecuadamente conformado.

Entonces sí creo que debemos encontrar una forma de sensibilizar a los líderes, y por otro lado, creo tal vez desde el INS se podría, guiar ciertas formas de investigación, por ejemplo la epidemiología descriptiva es un desastre en el país, y eso es un primer paso para ordenar la información y sistematizarla, entonces

si desde el Estado, toda la riqueza de información clínica que tenemos, se guiara para una epidemiología descriptiva, todas las migrañas con esta hojita de interrogatorio de migraña, con esta hojita de antecedentes, con esta hojita del tratamiento, con esta hojita de seguimiento de la migraña, al final tendríamos trabajos de 5000 pacientes con migraña crónica que, nadie en el mundo tiene, pero eso es cuestión que haya un ordenamiento desde arriba, desde arriba, y en la epidemiología descriptiva, por ejemplo, estamos perdiendo una riqueza de información única de tal manera que sería fascinante que se pueda hacer una iniciativa así desde el INS.

Algunos entrevistados ven relevante que se mantenga los esfuerzos en la investigación de otras áreas específicas. Dan valor a la priorización en Salud Pública, ven como un asunto imposterable, pero consideran crucial el desarrollo de otras áreas de investigación.

/... Nos hace ver que también hay algunos aspectos de investigación un poco más sutiles que se quedan de lado y considerando que es tan difícil investigar en el Perú, creo que debería generarse también un

espacio para la investigación un poco más específica, que probablemente no tiene el mismo nivel de aplicación. Por ejemplo, yo he votado por una serie de prioridades que no tienen que ver con lo que yo hago, porque soy consciente de que el país tiene que investigar sobre esas áreas prioritariamente, pero también debemos buscar un espacio para todas aquellas personas que investigan alguna otra cosa.

Yo creo que como Estado debíamos aportar a enfrentar los principales problemas de salud y para eso las investigaciones nos dan evidencias para enfrentarlas de la mejor forma, tanto en el diagnóstico, en la prevención, en el control de estas enfermedades. Probablemente, varios temas pueden quedar fuera. Claro, hay críticos que dicen que eso puede ser un riesgo de las priorizaciones, que uno se olvide de temas que en el futuro pueden ser importantes.

Al final una investigación por más fácil que sea siempre termina en algo. Ya sea en una vacuna, una terapia, en alguna conducta preventiva, en algo. A veces uno cree que investigaciones básicas no valen la pena apoyar en el corto plazo. Nos olvidamos de que alguien se puso a estudiar la

secreción y absorción del sodio y potasio en los enterocitos, eso se consideró una cosa estrambótica, muy básica. Sin embargo, esa fue la solución al problema de las diarreas. Antes, décadas atrás, el tratamiento era una solución polielectrolítica que había que pasarla por las venas a los niños, con lo traumático que era. Con la solución de rehidratación oral que surgió con esas investigaciones básicas, se solucionó el gran problema de la diarrea, la mortalidad por diarrea, sobre todo del cólera, que también fue un problema grave acá en el Perú, que nosotros tampoco conocíamos. En el año 91 tuvimos una gran epidemia de cólera, y las sales de rehidratación oral fueron las que nos salvaron. En los clubes de madres se aplicaron dichas sales y mucho sirvió para detener el problema. Menciono esto para poner un ejemplo de cómo una investigación básica puede tener una respuesta a un problema grave de Salud Pública con una solución que está a la vuelta de la esquina.

Se plantean algunas soluciones para evitar la polarización en el colectivo de investigadores y encontrar beneficios para el país, sin desconocer el esfuerzo que significa investigar tanto en la universidad como en las instituciones del Estado, como el INS.

Este acuerdo sobre las prioridades debería abrir la posibilidad de trabajar juntos. Exploremos otras estrategias para no dejar de investigar algunos problemas que sí le interesa a la universidad o a otros grupos de investigación. En realidad, la investigación es como un animal famélico. No sólo acá en el Perú sino en otras partes del mundo. Siempre está necesitando más y más recursos. Y en realidad no existen muchos recursos.

Dentro de las pocas entidades que tienen fondos para hacer investigación es el INS. Otra organización es el CONCYTEC. En las universidades los fondos son mucho menores, muchas de ellas se basan en la cooperación internacional. Sin embargo, cuando uno no tiene bien establecido una agenda de prioridades, o qué es lo que queremos como país no estamos detrás de las agendas de las agencias financieras que vienen con su programa, su agenda, y con su presupuesto y evidentemente llegan a un terreno fértil para que ellas puedan florecer, porque van a encontrar investigadores,

líderes de la investigación que van a estar disponibles. El ejemplo clásico de eso son los ensayos clínicos que hay en el Perú. Como hay fondos, el Perú se ha hecho apetecible para eso. Los ensayos clínicos están aumentando. Hay fondos para eso. La investigación está sesgada en temas que pueden interesarle o no al país, pero están ahí. Eso no quiere decir que queramos satanizar los ensayos o la cooperación para eso, pero creo que como país debemos estar de acuerdo de qué queremos para mejorar la salud. Porque cualquier cosa que hagamos, aún cuando sea muy básica, debiera terminar en alguna acción para mejorar la Salud individual o la salud colectiva. No veo otro objetivo.

*Al final lo que queremos decir es que un lema que debiéramos tener todos es que **Trabajemos para que el conocimiento sea acción**, que el conocimiento no se quede publicado ahí, en un Journal muy prestigioso, pero que al final no sirva a la gente, más aun si usamos recursos públicos.*



¿Qué viene?

La definición participativa de prioridades se ha constituido en un hito para el país, para el Instituto Nacional de Salud y para el colectivo de investigadores. Para el país, porque refuerza el concepto de una política pública basada en la perspectiva y necesidades del ciudadano y en el consenso de los grupos de interés, y, adicionalmente, envía señales de la importancia de mejorar la gestión de la política pública en las instituciones gubernamentales. El hito para el INS está asociado a lo que algunos actores señalan como resaltante: es un paso que revela madurez institucional del INS y significa avances en materia de gobernanza de la función de investigación en salud. El hito para el colectivo de investigadores radica en que por el carácter y naturaleza del proceso, la función de investigación en salud ha sido revalorada por actores nacionales y regionales, y podría significar una oportunidad para extender la comunidad y para encontrar nuevas fuentes de recursos o incrementar el volumen de las actuales.

Sin embargo, por los antecedentes del país de haber impulsado

en seis oportunidades la definición de prioridades (Ver Tabla 1) sin haber podido alinear recursos y grupos en su implementación, el principal reto de este proceso radica en poder sacar adelante la fase de implementación.

La fase de implementación exige que el INS genere condiciones para que las instituciones regionales y nacionales desarrollen investigaciones basadas en las prioridades. La generación de dichas condiciones debería atender **dos nuevas condiciones** del contexto que podrían significar oportunidades y a la vez obstáculos para la implementación:

- La **descentralización de la función Salud** ha permitido que el Gobierno Nacional concluya con la transferencia de dieciocho funciones en salud y 129 facultades en el 2008. Durante el año 2009 el MINSA realizó el primer proceso de monitoreo de las funciones transferidas con el propósito de verificar el grado de ejercicio por parte de los gobiernos regionales. Para el caso de la función “Investiga-

ción en Salud” los resultados demostraron que era la función de peor cumplimiento por factores básicamente de origen nacional. Se argumenta que los principales factores de origen nacional son la falta de normatividad e incentivos para modular el manejo de los fondos concursables regionales, los ensayos clínicos y el establecimiento de una agenda de investigación regional. También se precisa que el incumplimiento de la función está vinculado a la débil capacidad institucional de los gobiernos regionales en el financiamiento de gastos operativos tanto de la gestión propiamente dicha como de las acciones de investigación y la falta de apoyo a las áreas de las DIRESA que se encargan de la investigación en respuesta al nuevo rol regional. Por lo tanto, el proceso exige nuevas reglas para el ejercicio regional y una nueva estructura funcional de las DIRESA (Unidades de Investigación), condiciones básicas para el ejercicio de la función de investigación transferida.

- El proceso denominado **Presupuesto por Resultados**

(PpR) constituye un nuevo esquema de formulación y asignación del presupuesto público que pretende mejorar la eficiencia en el gasto público asociando el financiamiento a resultados concretos que deben ser demostrables por las instituciones responsables. Uno de los principios del instrumento es el de asignar recursos a intervenciones que han demostrado su efectividad con evidencias. Ello exige que en el país se generen dichas evidencias que, para el caso del sector salud, se trata de intervenciones en desnutrición infantil, mortalidad materna y neonatal. Dicha exigencia se convierte en una oportunidad para que las prioridades nacionales de investigación se conviertan en orientadoras de la investigación en el Perú ante la demanda del Ministerio de Economía y Finanzas y el MINSA.

¿Cuál es la intención estratégica del INS?

La intención estratégica del INS está orientada a construir un Sistema Nacional de Investigación en salud. Para ello, el INS trabaja bajo el concepto de que el sistema de investigación en



salud está constituido por “Las personas, instituciones y actividades cuyo propósito primario en relación con la investigación, es la de generar conocimiento de alta calidad que pueda ser usado para promover, restaurar o mantener el estado de salud de las poblaciones; esto debe incluir los mecanismos adoptados para estimular la utilización de los resultados y productos de la investigación” (De los Ríos, 2005).

El primer paso en la construcción de dicho sistema lo constituía la elección participativa y plural de prioridades de investigación; asunto concluido. Luego, el INS adopta los elementos conceptuales expuestos y determina en el Plan Estratégico Institucional, formulado en el 2010, que son

cuatro las funciones que la autoridad sanitaria nacional debe ejercer para poder construir el Sistema Nacional de Investigación:

1. Gobernanza o rectoría de la investigación.
2. Financiamiento (aseguramiento y asignación de fondos)
3. Creación y sostenibilidad de recursos.
4. Producción y utilización de la investigación.

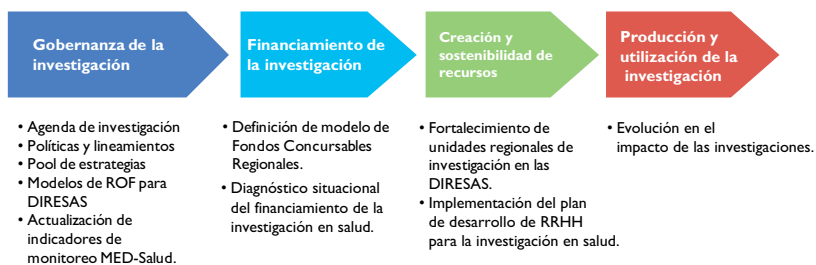
En ese contexto, el INS tiene establecido que la primera fase de la implementación significará un mayor esfuerzo a los asuntos de gobernanza, financiamiento de la investigación, creación y generación de recursos. Para ello seguirá la siguiente ruta:

Figura 7. Funciones de la autoridad sanitaria para el Sistema Nacional de Investigación



- i. Determinación de las agendas de investigación para el nivel nacional (para cada prioridad identificada), regional e institucional;
- ii. Desarrollo de políticas y lineamientos de investigación;
- iii. Identificación e implementación de un *pool* de estrategias para la implementación de las prioridades, que servirán a nivel regional y nacional;
- iv. Estrategias para la implementación o fortalecimiento de unidades regionales de investigación en las DIRESA e institutos especializados;
- v. Definición de modelos de Reglamento de Organización y Funciones para las DIRESA;
- vi. Actualización de indicadores de monitoreo que actualice el instrumento de monitoreo y evaluación de la descentralización en Salud (MED-Salud) para la función N3, que queda a cargo del INS.
- vii. Definición de un modelo de Fondos Concursables Regionales que sea financiado con fuentes regionales, tanto de recursos públicos y recursos privados;
- viii. Realización de eventos macrorregionales en Lima para fase preparatoria con el propósito de dar a conocer el paquete de normas y estrategias y establecer la materia de discusión con los CRS;
- ix. Difusión del modelo de fondos concursables con el propósito de sacar a la luz las capacidades regionales o extender el colectivo de investigadores.
- x. Implementación del plan de desarrollo de RRHH para la investigación en salud.

Figura 8. Intención estratégica del INS para la implementación de las prioridades nacionales de investigación en salud



Anexos

Anexo 1. Matriz utilizada para identificar el listado de temas o tipos de investigación (regionales y nacionales)

Prioridad/objetivo: reducir la mortalidad materna

Objetivos específicos

- Reducir el embarazo en adolescentes.
- Reducir complicaciones del embarazo, parto, postparto.
- Ampliar el acceso a la planificación familiar.

Tipos de investigación	Justificación/sustentación

Anexo 2. Listado de criterios de selección usado en las consultas regionales

Criterios propuestos	Comentarios – aportes
8. Severidad (grado de incapacidad) y magnitud del problema (número de personas afectadas). Se propone la necesidad de asignar recursos a los problemas considerados de mayor carga global de enfermedad.	
9. Costo-efectividad de las intervenciones investigadas (beneficios estimados devengados a la sociedad tanto al total de los resultados de la investigación como los comparados a sus costos estimados). Donde los beneficios son medidos en términos de AVISAS ganados o salvados.	
10. Efecto en la equidad (probabilidad de impacto de la investigación en los segmentos más pobres de la población). Desde que los costos son normalmente más bajos para salvar una año de vida saludable para una persona pobre (por ej.: uso de antibióticos, rehidratación oral, vacunas) tenga acceso a esos instrumentos, hay una orientación hacia la equidad.	

Criterios propuestos	Comentarios – aportes
11. Aceptabilidad ética: esto es parte de los cálculos de costo-efectividad (cómo hacer efectivas futuras intervenciones?) con el fin de determinar intervenciones más costo-efectivos	
12. Calidad científica de las investigaciones propuestas. Aquellas que puedan proporcionar un nivel de evidencia se A o B (Según los criterios de Cochrane)	
13. Factibilidad de la investigación propuesta (disponibilidad de recursos humanos necesarios, financiamiento y servicios)	
14. Impacto sobre el fortalecimiento de la capacidad de la investigación propuesta	
15. Otros criterios	SUSTENTACIÓN

Anexo 3. Listado de prioridades de investigación

Prioridades de investigación	Justificación	Prioridades/objetivos sanitarios asociados (ejemplos)
1. Investigaciones para conocer más la enfermedad o daño y los factores de riesgo	No se conoce bien la enfermedad o los factores de riesgo y determinantes de la persistencia de la carga enfermedad.	Diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades mentales, accidentes de tránsito.
2. Evaluaciones de impacto de las nuevas intervenciones	Las intervenciones actuales son inefectivas o no existen en el país.	Diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades mentales, accidentes de tránsito.
3. Evaluaciones de impacto de intervenciones actuales	La enfermedad persiste y no se conoce el impacto ni la efectividad de las intervenciones actualmente implementadas	Nutrición y muerte materna.
4. Evaluaciones de costo-efectividad de intervenciones	Existe más de una intervención o se hacen costosas o inefectivas	Desnutrición y accidentes de tránsito.



Prioridades de investigación	Justificación	Prioridades/objetivos sanitarios asociados (ejemplos)
5. Investigaciones operativas	Existen intervenciones efectivas pero existen problemas en su implementación	Cáncer, muerte materna, muerte infantil, malaria, dengue, VIH-SIDA
6. Investigaciones para sustentar inversiones en investigación en salud y para medir el impacto y costo-beneficio de las investigaciones en salud	No existe financiamiento para investigaciones en salud pública	Diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades mentales, accidentes de tránsito.

Anexo 4. Acta utilizada para la elección de representantes regionales al Foro Nacional

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

Nombre	DNI	Dirección, fono email

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

Anexo 5. Matriz de trabajo de expertos

Mesa temática N.º:

Objetivo asociado:

¿Qué tipo de investigaciones son necesarias para lograr el objetivo sanitarios definidos en base al Plan Nacional Concertado de Salud? (*)	Especifique la investigación

(*) Según el anexo sobre los tipos de investigación.

Anexo 6. Tipos de investigación posibles para abordar las prioridades (usada en la Reunión de Expertos Técnicos)

Tipos de investigación

1. Investigaciones para conocer más la enfermedad y los factores de riesgo.
 2. Evaluaciones de impacto de intervenciones nuevas.
 3. Evaluaciones de impacto de intervenciones actuales.
 4. Evaluaciones de costo-efectividad de intervenciones.
 5. Investigaciones operativas.
 6. Investigaciones para sustentar inversiones en investigación en salud y para medir el impacto y costo beneficio de las investigaciones en la salud.
-

Anexo 7. Cédula de votación de la cuarta ronda del Foro Nacional



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud

MODELO REFERENCIAL DE CÉDULA DE VOTACIÓN - CUARTA RONDA

PRIORIDADES NACIONALES DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

¿Cuáles son las prioridades de investigación que deben tener mayores recursos institucionales y financieros para los próximos años?

Opciones de Investigaciones en Salud	Marque 3 opciones
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	
Investigaciones para conocer mejor las enfermedades transmisibles	
Evaluaciones de impacto de nuevas intervenciones en enfermedades transmisibles	
Evaluaciones de impacto de intervenciones actuales en enfermedades transmisibles	
Evaluaciones de costo-efectividad de intervenciones en enfermedades transmisibles	
Investigaciones operativas en enfermedades transmisibles	
Investigaciones para sustentar inversiones en investigaciones en enfermedades transmisibles	
RECURSOS HUMANOS EN SALUD	
Investigaciones para conocer los problemas de recursos humanos	
Evaluación de impacto para conocer intervenciones actuales en recursos humanos	
Evaluación de impacto para conocer intervenciones nuevas en recursos humanos	
Investigaciones operativas en recursos humanos	
DESNUTRICIÓN INFANTIL	
Investigaciones para conocer mas desnutrición infantil	
Evaluaciones de impacto de nuevas intervenciones para reducir la desnutrición crónica	
Evaluación del impacto de los programas sociales estatales y no estatales sociales en la reducción de la desnutrición infantil.	
Evaluaciones de costo-efectividad de intervenciones en desnutrición	
Investigaciones operativas en desnutrición	
Investigaciones para sustentar inversiones en investigación en desnutrición	
MORTALIDAD MATERNA	
Investigaciones para conocer mas la mortalidad materna	
Evaluaciones de Impacto de Intervenciones Nuevas en Mortalidad Materna	
Evaluaciones de impacto de estrategias e intervenciones actuales en mortalidad materna	
Evaluaciones de Costo-Efectividad de Intervenciones en Mortalidad Materna	
Investigaciones Operativas en Mortalidad Materna	
SALUD MENTAL	
Investigaciones para conocer mejor la problemática de la salud mental	
Evaluaciones de impacto sobre intervenciones actuales en salud mental	
Investigaciones operativas sobre salud mental	
Investigaciones para sustentar investigaciones en salud mental	

Anexo 8. Guía de entrevistas a actores involucrados

Para objeto de la sistematización se realizará entrevistas no estructuradas a representantes de diferentes organizaciones que han tenido algún rol en la conducción y ejecución del proceso de elección de prioridades nacionales de investigación. La idea es recoger percepciones sobre algunos aspectos clave de la experiencia que podrían enriquecer la sistematización.

Objetivos de la entrevista (para conocimiento del entrevistador)

1. Conocer las percepciones de los actores clave sobre la experiencia en general.
2. Conocer las percepciones de los actores sobre los puntos fuertes y débiles de la experiencia.
3. Conocer las percepciones de los actores sobre las implicancias futuras.

Metodología a emplear

Para las entrevistas se considerará los siguientes aspectos:

- Será conducido por el consultor o por otra persona de apoyo al consultor.

- Se estima que el tiempo de duración de cada entrevista no sea superior a media hora.
- El lugar y la hora de la entrevista serán las que defina el entrevistado.
- Las entrevistas serán grabadas.

Contenido de la entrevista

1. ¿Cómo calificaría la experiencia de elegir prioridades de investigación participativamente?
2. ¿Qué aspectos le parecen los más resaltantes de dicha experiencia?
3. ¿Cuáles cree usted han sido los principales puntos de éxito de esta experiencia?
4. ¿Cuáles cree usted han sido las principales dificultades de esta experiencia?
5. El haber aprobado las prioridades nacionales de investigación podría abrir nuevos aspectos en materia de Salud Pública en el país. ¿Qué implicancias ve usted en este aspecto?



Bibliografía

Alger, J. e. (2009). National health research systems in Latin America: a 14-country review. *Pan Am Public Health* , 11.

Becerra-Posada, F., Kennedy, A., & IJsselmuiden, C. (2008). *Best practices in health research policy development: Lessons from an expert consultation*. Council on Health Research for Development (COHRED).

Ministerio de Salud (2010). *Sistematización del proceso de implementación del monitoreo y evaluación de la descentralización en salud en el nivel regional orientado a mejorar el desempeño de la función Salud*. Lima: PARSALUD, Informe de consultoría.

De los Ríos, R. (2005). *Gobernanza de la investigación, función esencial en Salud Pública. Elementos para la discusión*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Granados M., A. (2009). *Reporte de prioridades de investigación en salud identificadas*. Lima: Informe de consultoría a INS.

IJsselmuiden, C., & Becerra-Posada, F. (s.f.). <http://www.isciii.es/htdocs/index.jsp>. Recuperado el 22 de Mayo de 2010, de <http://www.isciii.es/htdocs/internacionales/pdf/FranciscoBecerra.pdf>

Instituto Nacional de Salud (Perú). (2007). *Prioridades de investigación en salud en el Perú: Análisis del proceso*. Lima: INS.

Nuyens, Y. (2007). Setting priorities for health research: lessons from low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization* , Abril, 85 (4).

Velásquez, A. (2009). Las prioridades de investigación alineadas con las necesidades nacionales de salud. Propuesta metodológica para el Perú. *Boletín, Instituto Nacional de Salud (Perú)* 2009, Año 15, N° 3-4 marzo-abril , 64-76.

Este documento se terminó de imprimir
en los talleres gráficos de Punto y Gráfica S.A.C.
Av. Del Río 113 - Pueblo Libre
Telf: (511) 332-2328
2011

ISBN: 978-9972-857-92-8



9 789972 857928



Instituto Nacional de Salud
Jirón Cápac Yupanqui 1400, Lima 11, Perú
Teléfonos: (0511) 617-6200 Fax: (0511) 617-6244
Correo electrónico: postmaster@ins.gob.pe
Página web: www.ins.gob.pe