

REVISTA PERUANA DE
MEDICINA EXPERIMENTAL
Y SALUD PÚBLICA

Revista Peruana de Medicina Experimental y
Salud Pública

ISSN: 1726-4642

revmedex@ins.gob.pe

Instituto Nacional de Salud
Perú

Caballero, Patricia; Yagui, Martin; Espinoza, Manuel; Castilla, Teresa; Granados, Arturo; Velásquez,
Aníbal; Cabezas, César

Prioridades regionales y nacionales de investigación en salud, Perú 2010-2014: Un proceso con
enfoque Participativo y Descentralista

Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, vol. 27, núm. 3, 2010, pp. 398-411
Instituto Nacional de Salud
Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36319423013>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

PRIORIDADES REGIONALES Y NACIONALES DE INVESTIGACIÓN EN SALUD, PERÚ 2010-2014: UN PROCESO CON ENFOQUE PARTICIPATIVO Y DESCENTRALISTA

Patricia Caballero^{1,a}, Martín Yagui^{1,b}, Manuel Espinoza^{1,a}, Teresa Castilla^{1,c}, Arturo Granados^{2,d}, Aníbal Velásquez^{3,b}, César Cabezas^{3,a}

RESUMEN

El Perú realizó varios esfuerzos por identificar prioridades nacionales de investigación en salud desde 1974 mediante procesos históricamente planificados con base en opiniones de expertos, con escaso impacto. Se decidió generar cambio en la gestión de la investigación para revertir las debilidades de los procesos anteriores, aplicando una metodología con enfoque participativo y descentralista. Para establecer prioridades regionales y nacionales de investigación enfocadas en los problemas sanitarios del país y promover el compromiso y participación de los actores clave, el Instituto Nacional de Salud desarrolló un proceso de consulta ciudadana en tres fases i) abogacía y talleres en 20 regiones; ii) un taller de análisis del Plan Nacional Concertado de Salud con 200 expertos en Lima; iii) el foro nacional, con 500 representantes en 50 mesas de trabajo. Las prioridades de investigación para el Perú en el periodo 2010-2014 son: investigaciones para conocer los problemas de los recursos humanos en salud y los problemas de salud mental; investigaciones para evaluar el impacto de los programas sociales en reducción de la desnutrición infantil, las intervenciones actuales en mortalidad materna e intervenciones en las enfermedades transmisibles; finalmente, investigaciones operativas en enfermedades transmisibles.

Palabras clave: Política de investigación en salud; Planes y programas de investigación en salud; Agenda de prioridades en salud; Participación ciudadana; Democracia; Perú (fuente: DeCS BIREME).

REGIONAL AND NATIONAL PRIORITIES IN HEALTH RESEARCH, PERU 2010-2014: A PROCESS WITH A PARTICIPATIVE AND DECENTRALIST APPROACH

ABSTRACT

Peru has performed many efforts to identify national health research priorities since 1974 through processes historically planned based on expert opinions, with little impact. It was decided to generate a change in the management of research in order to overcome the weaknesses of the previous processes, applying a methodology with a participative and decentralized approach. In order to establish the regional and national research priorities of the key stakeholders, the *Instituto Nacional de Salud* (Peru) developed a process of citizenship consult through three phases i) advocacy and workshops in 20 regions; ii) a workshop for the analysis of the Concerted National Health Plan with 200 experts in Lima; iii) the national forum, with 500 representatives in 50 working tables. The research priorities of Peru for the period 2010- 2014 are: research to recognize the problems of health human resources, to recognize the mental health problems, impact evaluations of the social programs for reduction of children malnutrition, impact evaluation of social programs of the actual interventions in maternal mortality and operative research and impact evaluation of interventions in communicable diseases.

Key words: Health research policy; Health research plans and programs; Health priority agenda; Citizen participation; Democracy; Peru (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

Investigar en salud significa generar conocimiento para comprender mejor los problemas que afectan la salud de la población y a partir de ello proponer estrategias y soluciones. En ese sentido, la investigación es una

función que todo sistema de salud requiere cumplir puesto que ello contribuye con la prevención y control de los problemas sanitarios.

Dado que los recursos económicos no son ilimitados y en todo país en desarrollo existen diversas necesidades

¹ Oficina General de Investigación y Transferencia Tecnológica, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.

² Consultor.

³ Jefatura, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.

^a Médico infectólogo; ^b Médico epidemiólogo; ^c Enfermera epidemióloga; ^d Comunicador.

primarias que atender, las instituciones públicas que tienen a la investigación como una herramienta para el desarrollo, necesitan establecer criterios para priorizar los temas en los cuales se deben invertir los recursos. Por ello, una tarea desarrollada a lo largo de los años ha sido la de establecer prioridades para la investigación en salud ⁽¹⁾ y varias han sido las metodologías aplicadas ⁽²⁾.

¿Por qué establecer prioridades? Una prioridad es un hecho o condición que se considera más importante que otro y está basada en la valoración que le establecen las personas, grupos y las instituciones involucradas. Bajo esta premisa, lo que una persona, institución o grupo valora más, otros podrán ignorar o minimizar. Así, para el caso de la investigación en salud, los investigadores, los profesionales de la salud que brindan atención, los decisores del gobierno, las organizaciones del sector público y el privado, las potenciales entidades financiadoras y la comunidad, podrían tener diferentes puntos de vista al momento de establecer prioridades ⁽¹⁾.

Establecer prioridades implica tomar decisiones y planificar el buen uso de los limitados recursos. Luego de ello, el siguiente paso será identificar las agendas de investigación mediante un proceso estratégico para asegurar que las organizaciones sean transparentes y responsables en el gasto de los fondos, que las partes interesadas participen en la toma de decisiones y que las investigaciones sean útiles ⁽²⁾. La utilidad y el impacto de las investigaciones basadas en prioridades podrán brindar beneficios a la sociedad. Estos beneficios pueden ser el desarrollo de nuevas políticas ^(3,4), la mejora de los sistemas de salud ⁽⁵⁾ y de los indicadores sanitarios ⁽⁶⁾. Y dada la descripción del proceso para definir las como un debate ⁽⁵⁾, un proceso de construcción de consensos ⁽⁷⁾ y un proceso político ⁽⁸⁾; un beneficio adicional es la promoción de la vinculación y el intercambio entre los investigadores y los otros actores. La conexión de estos grupos puede también incrementar y favorecer el compromiso con la investigación.

Los administradores de los sistemas de salud y los responsables políticos serán más proclives a implementar cambios basados en los resultados de las investigaciones y los investigadores estarán más dispuestos a desarrollar investigaciones identificadas como prioridades ⁽⁹⁾. Por lo tanto, la participación de varios grupos de actores en el proceso de priorización puede favorecer la investigación e incrementar la probabilidad del uso de sus resultados; lo que estaría de acuerdo con el marco proporcionado por la Organización Mundial de la Salud (OMS): *Las investigaciones bien dirigidas y de adecuada calidad son esenciales para lograr reducir las desigualdades, mejorar la salud de la población y acelerar el desarrollo socioeconómico de los países* ⁽¹⁰⁾.

ANTECEDENTES EN EL PERÚ: LEGISLACIÓN Y SITUACIÓN PREVIA

En el Perú, la Ley General de Salud N.º 26842 establece, en el numeral XV del Título Preliminar, que el Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud ⁽¹¹⁾. Del mismo modo, los artículos 5.º y 6.º del Decreto Supremo N.º 001-2003-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud (INS), establecen que esta es la institución que tiene como misión la promoción, el desarrollo y la difusión de la investigación científica-tecnológica y la promoción de servicios de salud en los campos de la salud pública, asimismo, es responsable del desarrollo de investigaciones en salud para la prevención de riesgo, protección del daño, recuperación de la salud y rehabilitación de las capacidades de las personas ⁽¹²⁾.

El Perú ha realizado una serie de esfuerzos por identificar prioridades nacionales de investigación en salud desde el año 1974 y la definición de prioridades de investigación en salud en el país ha sido históricamente planificada en base a opiniones de expertos con enfoque centralista e institucional ⁽¹³⁾. Esto ocasionó la pobre difusión e implementación de las prioridades de investigación en salud, lo que debilitaba el liderazgo y la acción de gobernanza del Estado, con escasa e inadecuada asignación de recursos en Lima y las regiones. Ante la escasa investigación, entre otras causas, los problemas de salud continúan y se acentúan, afectando a la ciudadanía; principalmente a las comunidades con menores recursos. Asimismo, el Ministerio de Salud (MINSA) ha realizado a través de su Oficina de Descentralización la evaluación de indicadores de gestión para la descentralización en salud en las regiones de provincias, los cuales incluyen indicadores para la gestión de la investigación. Los resultados de estos indicadores en la mayoría de regiones son muy bajos ⁽¹⁴⁾.

Para clarificar la situación, hemos identificado los problemas del país en cada una de las condiciones clave propuestas por el *Council on Health Research for Development* (COHRED) para la construcción de políticas de investigación en salud (Tabla 1) ⁽¹⁵⁾.

Tomando en cuenta los antecedentes de procesos de definición de prioridades de investigación se adoptó como decisión clave generar el cambio en la gestión de la investigación que se desarrolla y revertir las debilidades de los procesos anteriores que no tuvieron impacto, a través de una metodología diferente, caracterizada por su enfoque participativo y descentralista, para lograr el compromiso e involucramiento de los actores clave en las regiones y legitimar el proceso ante la sociedad. Así el Perú, un país en crecimiento económico, podría

Tabla 1. Problemas identificados para las condiciones clave de las políticas de investigación en salud en países de bajos y medianos recursos establecidas por el COHRED.

N.º	Condiciones clave	Problemas identificados en el Perú
1	Soporte político y liderazgo	Falta de liderazgo de las entidades públicas para la investigación en salud.
2	Gobernanza y capacidad de gestión	Escasa capacidad de conducción del Estado para difundir y trabajar en campo los planes y proyectos, una vez definidas las prioridades de investigación en salud en los procesos anteriores.
3	Definición participativa de políticas	Priorización centralizada de los temas de investigación en salud con el respaldo del juicio de expertos. Los gobiernos regionales y sus entes representativos (Consejos Regionales de Salud) no fueron involucrados. El sector privado en el país no ha sido participe de los procesos anteriores de priorización de la investigación en salud, por lo que no está comprometido.
4	Vínculos entre prioridades para asignación de fondos y políticas públicas	En la gestión de recursos externos: la falta de prioridades de investigación validadas de manera participativa ha disminuido la capacidad de negociación del Estado con los países cooperantes, para definir los temas de investigación. Esto disminuye el beneficio para la población con las investigaciones que se realicen. En la gestión de recursos nacionales institucionales (INS): los recursos del Estado Peruano para investigación en salud son escasos y no han estado dirigidos hacia proyectos basados en prioridades. Las decisiones en el sector privado están basadas en la rentabilidad, por lo que la inversión de estos en investigación en salud es escasa en el país.
5	Desarrollo o madurez del sistema	Existen experiencias de trabajo no sistematizadas y con planes no sostenibles en el tiempo por el cambio en las políticas de gestión institucional.
6	Diseños de políticas basadas en evidencias	La mayoría de las intervenciones en salud que realiza el Estado (MINSA) no están basadas en las evidencias que resultan de las investigaciones.

promover y facilitar la inversión de recursos públicos y privados de manera eficiente para la investigación en salud; con la finalidad de que los funcionarios decisores de las políticas públicas en salud tengan evidencias validas y suficientes para desarrollar los planes e intervenciones que mejoren la salud de las personas.

Surgieron entonces las siguientes interrogantes: ¿qué metodología utilizar?, ¿cuáles serían sus características?, ¿quiénes y cómo deben participar?, ¿cuáles serían los insumos del proceso?, ¿cuáles podrían ser las fases del proceso? y, ¿cuáles serían los productos y resultados del proceso? El presente artículo tiene como objetivo responder ampliamente estas preguntas ubicando la definición de prioridades de investigación en salud del Perú en el marco de una corriente internacional que busca asociar la investigación con mejora de la salud, en articulación con las prioridades sanitarias de los países.

Las respuestas iniciales a dichas materias de discusión fueron las siguientes:

- **Respecto a la metodología.** Hubo consenso en que el proceso debería estar basado en criterios específicos sometidos a consulta con los actores, lo cual le otorgaría un carácter objetivo, transparente y participativo.
- **La participación de actores.** Participación de los expertos del sector como de la academia, los prestadores de cada subsector, los colegios profesionales, la sociedad civil y representantes de la comunidad.

- **Respecto a los insumos.** Estos son el Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS) ⁽¹⁶⁾ y los distintos planes participativos regionales de salud, que enfocan claramente la situación de salud, sus problemas y objetivos.
- **Las fases del proceso.** Los criterios de selección de prioridades así como su proceso serían participativos; hubo consenso en que el proceso debería iniciarse en las regiones, para después complementar insumos en una mesa de expertos y concluir con la elección nacional. En total se propusieron tres fases.
- **Productos y resultados del proceso.** Cada fase del proceso tendría productos que alimentasen la fase siguiente: menú de opciones de prioridades de investigación, los criterios de definición de prioridades validados en las regiones, las prioridades regionales de investigación, la elección de representantes regionales para el foro nacional, los temas específicos de investigación por cada opción del PNCS con la opinión de expertos temáticos y, por último, las prioridades nacionales de investigación, como resultado final del proceso.

METODOLOGÍA DEL PROCESO

Se decidió renovar las prioridades de investigación para el periodo 2010 – 2014 con una metodología diferente que ofreciera mejores resultados e impacto; se inició en el primer semestre del año 2009 con la publicación, en el Boletín del Instituto Nacional de Salud, de la sustentación

para esta renovación como un primer paso para construir la gobernanza en un sistema nacional⁽¹⁷⁾. En ese escenario, el país había pasado por la experiencia de establecer planes estratégicos participativos o concertados de salud en varias regiones, lo que dejó como lección aprendida la importancia de someter a consulta las decisiones clave, fue el inicio de una cultura de planeamiento estratégico participativo en las instituciones públicas del sector. La fase de campo del trabajo se desarrolló durante el segundo semestre del mismo año.

La metodología consistió en el desarrollo de un proceso organizado de consulta ciudadana desde las regiones de provincias hacia la capital Lima, con la finalidad de informar a la ciudadanía y los Consejos Regionales de Salud, sobre la importancia de promover la investigación y definir sus prioridades de investigación como el primer paso previo a la creación de políticas y de un sistema nacional de investigación en salud (SNIS).

Para el desarrollo de los planes, el INS estableció alianzas con otras dependencias del Ministerio de Salud (Oficina de Planificación, Dirección de Promoción de la Salud, Oficina de Descentralización y direcciones regionales de salud [DIRESA]), de ESSALUD y universidades, para que sus representantes se integraran al grupo de facilitadores conformando equipos que recorrieron el país con un solo modelo de trabajo, el cual fue replicado de región en región aplicando módulos o guías diseñadas especialmente.

LOS OBJETIVOS

Se definieron como objetivos: a) Establecer de manera participativa las prioridades regionales y nacionales de

investigación asociadas con los principales problemas sanitarios del país, en concertación con los representantes de la ciudadanía en las regiones y b) Promover el compromiso y la participación de los diferentes actores públicos y privados con las prioridades de investigación para la sostenibilidad el proceso, darle legitimidad y facilitar los diferentes roles para su implementación⁽¹⁸⁾.

EL PÚBLICO OBJETIVO Y SUS POTENCIALES BENEFICIOS

Público objetivo primario. Son los ciudadanos de las todas las regiones intervenidas. Sus beneficios inmediatos son:

- Inclusión como ciudadano, en una nueva actividad participativa y democrática para tomar decisiones que tendrán efecto sobre su situación de salud;
- Incremento de sus conocimientos acerca de la importancia de la investigación para resolver los problemas de salud de su comunidad, ser consultados y elegir sus prioridades de investigación;
- Sus representantes participan en el foro nacional para elegir las prioridades nacionales de investigación.

Público objetivo secundario.

a. Las autoridades regionales, actores clave para la práctica, facilitaron que los procesos de consulta y elección se realizaran exitosamente; estuvieron presentes avalando y suscribiendo las decisiones tomadas. Los beneficios son:

- Fortalecimiento de su liderazgo regional a través de este proceso participativo;
- Fortalecimiento de capacidades para mejorar los indicadores de gestión de la investigación en salud

Tabla 2. Los nueve indicadores de la función "Gestión de la Investigación en Salud" para las direcciones regionales de salud (DIRESA), según el Ministerio de Salud.⁽¹⁴⁾

Indicadores	
1	La DIRESA en el área correspondiente, cuenta con especialistas con capacidades para: i) Planificar, establecer y promover prioridades regionales de investigación; ii) Concertar con las instituciones académicas las prioridades de investigación; iii) Evaluar el diseño y los resultados de las investigaciones; iv) Difundir los resultados de las investigaciones y realizar la transferencia tecnológica cuando corresponda.
2	La DIRESA ha creado un fondo concursable para investigaciones institucionales y sectoriales.
3	La DIRESA difunde a las instituciones académicas, centros de investigación e investigadores particulares y controla las normas y procedimientos que regulan la investigación en salud en especial la referida a los ensayos con seres humanos.
4	La DIRESA formula y difunde lineamientos, prioridades y criterios para elaborar una agenda de investigación en el ámbito regional.
5	La DIRESA formula, aprueba, ejecuta y controla concertadamente con actores claves la agenda y planes de investigación en salud para el ámbito regional.
6	La DIRESA vigila el desarrollo de las investigaciones garantizando el respeto a los códigos de ética en investigación.
7	La DIRESA evalúa, aprueba y controla los protocolos de investigación en salud financiados por el fondo concursable en el ámbito de la región.
8	La DIRESA evalúa, difunde y utiliza los resultados de la investigación en la formulación de políticas regionales de salud.
9	La DIRESA supervisa, vigila y evalúa el proceso de gestión de la investigación en salud.

establecidos por la Oficina de Descentralización del MINSA⁽¹⁴⁾, con los que son evaluados (Tabla 2).

b. Las organizaciones de la sociedad civil y universidades presentes en las regiones de provincias y en Lima. Los beneficios son:

- Participación con sus representantes en los talleres regionales y en el foro nacional;
- Integración con representantes como facilitadores del proceso integrando los equipos del INS, como ejemplo de la colaboración intersectorial o público-privada.

LAS FASES DEL PROCESO, PRODUCTOS Y ESTRATEGIAS

El proceso tuvo tres fases: la consulta regional, la reunión de expertos temáticos y el foro nacional.

FASE I: ABOGACÍA Y CONSULTA REGIONAL

Una característica distintiva de esta experiencia peruana, es el hecho de que se inició en las regiones del interior, como un reconocimiento a la perspectiva nacional en investigación. Las gestiones se iniciaron en las 22 regiones de provincias que tiene el país, finalmente fueron 20 las intervenidas. Esta fase tuvo dos momentos importantes⁽¹⁸⁾:

El primer momento consistió en la generación de espacios de análisis y deliberación sobre las necesidades de investigación asociadas con las prioridades sanitarias regionales, que en la mayoría de los casos habían sido previamente definidas en los planes concertados regionales de salud o planes estratégicos de salud. En esta fase se realizaron visitas de abogacía, para

promover la organización de talleres en las 20 regiones del país, en coordinación con los Consejos Regionales de Salud (CRS). Se promovió que los CRS convoquen a los integrantes de las organizaciones que los conforman, para analizar/identificar qué agenda de investigación era necesaria para lograr sus objetivos sanitarios. Para ello, trabajadores 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 consistió en la etapa de deliberación y definición por votación o consenso de las prioridades regionales de investigación, estableciendo sus prioridades regionales de investigación. Los objetivos de este segundo momento fueron: 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 en su región; y iii. Proponer un listado de temas de investigación para aportar al menú nacional de opciones de prioridad de investigación en salud. Los productos de esta fase se presentan en la Tabla 3.

FASE II: CONSULTA A EXPERTOS TEMÁTICOS

Esta fase consistió en la convocatoria de expertos, residentes en la capital del país, a un taller para el análisis del Plan Nacional Concertado de Salud-PNCS⁽¹⁶⁾, donde se identificó las necesidades de investigación de cada una de las 23 “prioridades” sanitarias nacionales allí establecidas⁽¹⁹⁾; estas prioridades están referidas a daños o enfermedades, funcionamiento del sistema de salud o a las determinantes de la salud, por lo que fueron

Tabla 3. Productos o resultados esperados de la fase I del proceso: abogacía y consulta regional, Perú 2009.

Producto	Fuente de verificación
Menú de opciones de prioridades de investigación. Es decir un listado de temas de investigación de acuerdo con las prioridades sanitarias contenidas en sus respectivos planes regionales de salud.	Un listado de temas o tipos de investigación
Criterios de definición de prioridades validados. El INS propuso un conjunto de criterios: severidad, costo-efectividad, equidad, aceptabilidad ética, calidad científica, factibilidad e impacto. La deliberación sobre los criterios buscaba dos resultados: (i) que los agentes participantes conozcan y comprendan los criterios que serán utilizados en el momento de decisión de las prioridades en la II fase y (ii) que los criterios sean enriquecidos y reconocidos como validos.	Un informe de los aportes realizados a los criterios de priorización propuestos
Prioridades regionales de investigación. Luego de la definición de una agenda o listado de opciones de prioridad de investigación, se proporcionó asistencia a los equipos regionales para seleccionen cinco prioridades. Estas prioridades regionales se fueron un importante insumo para la confección del menú de opciones de prioridades para el evento nacional.	Listado de prioridades regionales de investigación en salud en acta firmada por los participantes
Elección de representantes regionales al foro nacional. El INS definió una cuota de participación por región, de acuerdo con criterios población y de pobreza.	Acta de elección de representantes regionales para el Foro nacional.

agrupadas algunas prioridades sanitarias que confluían en los intereses de los expertos o en las soluciones.

El taller se organizó con 14 mesas de trabajo en las que se distribuyó las 26 prioridades sanitarias del PNCS y se convocó expertos temáticos que representaban a instituciones públicas y privadas dedicadas o relacionadas con la investigación en salud. La pregunta base del taller fue: *¿Qué tipo de investigaciones son necesarias para lograr los objetivos sanitarios establecidos en el Plan Nacional Concertado de Salud?* Los tipos de investigaciones posibles de elección fueron: investigaciones para conocer más la enfermedad y los factores de riesgo, evaluaciones de impacto de las intervenciones nuevas, evaluaciones de impacto de las intervenciones actuales, evaluaciones de costo efectividad de las intervenciones, investigaciones operativas e investigaciones para sustentar inversiones, medir el impacto y costo beneficio de las intervenciones en salud ⁽¹⁹⁾.

Como producto de esta fase, se obtuvo un listado de tipos de investigación para cada una de las prioridades sanitarias contenidas en el PNCS.

Así, se completó el análisis de los planes de salud regionales y el nacional, de modo que las necesidades de investigación estuvieran alineadas a los objetivos sanitarios del país en su conjunto. Luego se unió los aportes de las regiones y de los expertos; el equipo técnico del INS clasificó, ordenó y depuró los listados de temas, opciones de prioridades de investigación e investigaciones específicas, de este modo, se confeccionó el Menú de Opciones de Prioridades de Investigación en Salud para la fase III.

FASE III: EL FORO NACIONAL

En esta fase se realizó el foro nacional, con las delegaciones de todas las regiones y de Lima y Callao. Este acto contó con más de 500 representantes quienes estuvieron distribuidos de manera aleatoria, mediante el uso de un aplicativo informático, en 50 mesas de deliberación y votación. Casa mesa estuvo dirigida por un facilitador y un relator, miembros del equipo organizador, y contaba con una computadora portátil en donde se instaló el *software* adaptado de la versión original "Voces y Consensos" elaborado por USAID. Esta herramienta informática ha sido un valioso instrumento para cada una de las etapas del foro, pues permitía el registro de las opiniones, las votaciones en cada mesa y la publicación de resultados en tiempo real y en simultáneo para el conteo. Este *software* fue además revisado y evaluado por consultores expertos ⁽²⁰⁾.

Una comisión de relatoría centralizada, con el apoyo de un centro de cómputo, revisó y consolidó los avances

del debate de los grupos y elaboró un reporte único, que fue informado al final de las sesiones. Se informaban de este modo el consolidado de los argumentos y las votaciones. De acuerdo con la guía del foro, se estableció momentos de debate y momentos de decisión ⁽²⁰⁾.

Se contó con la participación y asesoría de la Oficina Nacional de Procesos Electorales (ONPE), institución pública que en el Perú tiene la responsabilidad de evaluar y supervisar los procesos electorales (www.onpe.gob.pe), quienes revisaron y validaron los procesos, instrumentos y el *software* usado. También se contó con la participación de observadores de la Organización Civil Transparencia, quienes vigilaron el desarrollo del proceso de modo que este tuviera garantía de neutralidad, transparencia y pluralidad (www.transparencia.org.pe).

En este sentido, el I Foro Nacional tuvo como objetivo central "generar un espacio amplio de deliberación y toma de decisiones sobre las prioridades nacionales de investigación en salud para los próximos 5 años, que nos permita como país orientar preferentemente los recursos de investigación, los esfuerzos institucionales y las políticas de promoción de la investigación en salud" ⁽²⁰⁾.

El foro tuvo cuatro momentos de deliberación y decisión (Figura 1):

1. Elegir las cinco prioridades sanitarias para la investigación en salud;
2. Elegir los criterios para definir prioridades de investigación en salud;
3. Determinar el número de prioridades nacionales de investigación en salud;
4. Definir las prioridades de investigación en salud del periodo 2010-2014.

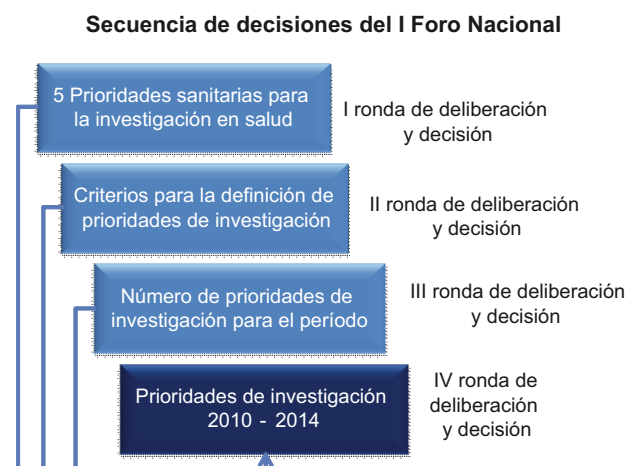


Figura 1. Secuencia de rondas de deliberación y decisión en el Foro Nacional.

La primera decisión, consecuente con las orientaciones base del proceso, era establecer qué “prioridades” sanitarias requerían preferentemente investigación para el logro de los objetivos nacionales de salud. Como se ha referido el PNCS no tiene prioridades. De esta manera, la materia de la deliberación/decisión de este primer escalón de decisiones fue la definición de las prioridades del Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS) que tendrán atención preferente o especial en investigación como se remarcó a los miembros del Foro, ya que si bien todos los temas u objetivos sanitarios del PNCS son importantes, no existen los recursos financieros, humanos e institucionales para abordar todos los objetivos sanitarios con investigación suficiente. La pregunta motivadora de este paso fue: *¿Cuáles son las prioridades sanitarias del país que requieren el desarrollo de investigaciones para alcanzar sus objetivos?*

Para esta decisión se colocaron las “prioridades” del PNCS de manera aleatoria en la cédula de votación. Los resultados obtenidos por votación fueron en el siguiente orden: enfermedades transmisibles, recursos humanos en salud, desnutrición infantil, mortalidad materna y salud mental.

El segundo escalón en las definiciones fue la selección de los criterios más convenientes para la posterior definición de resultados, mediante la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los criterios que orientarán la selección de las prioridades de investigación? La votación definió que serían los siguientes en orden de importancia: severidad y magnitud del problema, costo-efectividad de las intervenciones, efecto en la equidad, factibilidad de la investigación, calidad científica, impacto sobre el fortalecimiento en la capacidad para la investigación y aceptabilidad ética.

El tercer escalón era claramente un parámetro de decisión. En él se definió el número de prioridades de investigación para el país en el periodo 2010-2014. La pregunta motivadora fue *¿Cuál es el número de prioridades de investigación que somos capaces como país de implementar efectivamente mostrando resultados?*, se propuso arbitrariamente como alternativas la cantidad de 3, 5 o 7, y se obtuvo como resultado de votación que serían siete prioridades para el país.

Por último, la decisión final se realizó sobre la base de un menú acotado, definido por los parámetros de la primera votación y con la definición de número de prioridades establecido en la tercera votación. En la cédula final de votación cada “prioridad sanitaria para la investigación” tenía un conjunto de opciones de prioridades de investigación sobre las cuales cada participante podía votar por tres opciones. El cómputo final establecería el listado de las siete prioridades para el país.

Tabla 4. Listado de prioridades regionales elegidas para periodo 2010-2014

Región	Prioridades regionales de investigación en salud, 2010-2014.
Amazonas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Investigación de determinantes de interculturalidad que contribuyen con 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. Estudios 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 inmunoprevenibles 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 morbimortalidad 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 (físicas, químicas y biológicas) del agua potable intradomiciliaria en Arequipa.

Región	Prioridades regionales de investigación en salud, 2010-2014.
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.
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.
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"> 1. Investigaciones socioculturales de la cosmovisión de las comunidades indígenas y fronterizas frente a las ITS y VIH/SIDA. 2. 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. 3. Evaluación del impacto de los programas sociales dirigidos a la reducción de la desnutrición infantil. 4. 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.

Región	Prioridades regionales de investigación en salud, 2010-2014.
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 psicotropas. 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.
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 severidad 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 y 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.
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.

Tabla 5. Prioridades Nacionales de Investigación en Salud, Perú 2010 - 2014.

Prioridades sanitarias	Prioridades de investigación
Recursos humanos	1. Investigaciones para conocer los problemas de recursos humanos
Salud mental	2. Investigaciones para conocer mejor la problemática de la salud mental
Desnutrición infantil	3. Evaluación del impacto de los programas sociales estatales y no estatales sociales en la reducción de la desnutrición infantil.
Mortalidad materna	4. Evaluaciones de impacto de estrategias e intervenciones actuales en mortalidad materna
Enfermedades transmisibles	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

RESULTADOS DEL PROCESO

La metodología desarrollada permitió cumplir con los objetivos del proceso. Los plazos previstos fueron cumplidos, los equipos de trabajo que recorrieron el país desarrollaron en paralelo las consultas y los talleres regionales.

Se consultó a 22 gobiernos regionales y 20 aceptaron participar del proceso: Amazonas, Ancash, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Huánuco, Huancavelica, Junín, Lambayeque, La Libertad, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes y Ucayali. El listado de prioridades regionales se presenta en la Tabla 4.

Las prioridades nacionales de investigación se presentan en la Tabla 5. Estas fueron aprobadas mediante Resolución Jefatural N.º 007-2010-J-OPE/INS y Resolución Ministerial N.º 212-2010/MINSA.

En la primera fase de consultas regionales participaron 774 ciudadanos, pertenecientes a los 20 gobiernos regionales. En la reunión de expertos temáticos de Lima-Callao participaron 200 expertos y en el Foro Nacional se logró una participación de 500 representantes de todas las regiones del país. Asimismo, se entrenó a 100 facilitadores para realizar acciones de abogacía y conducción de los talleres en cada una de las fases; los acuerdos obtenidos en los Consejos Regionales de Salud y en las DIRESA fueron suscritos en actas firmadas, las que son evidencia de sus compromisos. Los indicadores comparados que demuestran las diferencias entre el proceso actual y los anteriores se presentan en la Tabla 6.

Tabla 6. Diferencias entre los procesos para la determinación de prioridades regionales en el Perú.

Procesos anteriores	Proceso del periodo 2010-2014
Los gobiernos regionales no fueron consultados en procesos anteriores para tomar decisiones respecto a los temas de salud que requieren ser investigados, para darles solución con evidencias suficientes. Este tema siempre tuvo enfoque centralista.	Se realizan vistas de abogacía con las autoridades de 22 gobiernos regionales que son consultadas y convocadas a participar de este proceso con enfoque descentralista. Del total, 20 aceptan participar.
Los Consejos Regionales de Salud no tuvieron antes la posibilidad de ser informados respecto al tema y de elegir.	20 Consejos Regionales de Salud informados, deciden participar y codirigir el proceso regional de análisis de problemas de salud y de elección de sus prioridades de investigación, involucrando a un total de 774 miembros representantes de la comunidad.
Los procesos anteriores eran realizados en una actividad central, por un grupo de expertos convocados para tal fin, en Lima, la capital del país.	El proceso actual es descentralizado desde su inicio, con un total de 22 visitas de abogacía, 25 talleres regionales, un taller de expertos temáticos y un foro nacional en Lima en el que participan 500 representantes y 100 facilitadores.
En procesos anteriores solo se definían prioridades para el ámbito nacional.	20 Regiones han definido sus prioridades regionales para la investigación en salud, del periodo 2010 – 2014.
Las organizaciones de la sociedad civil no habían participado anteriormente de las decisiones del Gobierno para la gestión de la investigación en salud.	19 organizaciones de la sociedad civil participan de las decisiones del Gobierno en este tema.
En procesos anteriores, las prioridades definidas carecían de legitimidad por las autoridades y ciudadanía.	El proceso actual cuenta con el respaldo de la autorización del Instituto Nacional de Salud (Resolución Jefatural), del Ministro de Salud (Resolución Ministerial) y Consejos Regionales de Salud (20 actas suscritas por los miembros de las comunidades).

Las innovaciones y estrategias creativas presentadas en el proceso son las siguientes:

- a. **Participación ciudadana.** Enfoque hacia la ciudadanía, promoviendo su participación desde los Consejos Regionales de Salud (CRS), considerando y respetando, como insumos básicos del proceso sus propios documentos y planes participativos de salud.
- b. **Consulta ciudadana.** Los miembros del CRS fueron consultados, luego deliberaron y eligieron sus criterios de priorización y votación, así como los temas de prioridades para la investigación en su localidad. De igual modo se procedió en el foro nacional.
- c. **Expertos temáticos propusieron temas de investigación para el PNCS.** Expertos temáticos de los sectores público y privado identificaron temas de investigación para los problemas y objetivos sanitarios establecidos en el PNCS. Hubo 14 mesas temáticas de deliberación y elección. Participaron 200 expertos. Se identificaron temas de investigación para los problemas de salud relacionados con las enfermedades, a los sistemas de salud y a los determinantes de la salud.
- d. **Elaboración del menú de opciones o temas de elección para la votación del Foro Nacional.** El menú de opciones para deliberación y votación del foro nacional, que tuvo como objetivo la definición de las prioridades nacionales; se elaboró consolidando los resultados de las prioridades de cada región y los temas de investigación propuestos por los expertos temáticos en base al PNCS. Toda esta información fue ingresada al *software* "voces y consensos".
- e. **Veeduría de la Asociación Civil Transparencia y acompañamiento de la ONPE.** Posteriormente, los representantes de los CRS, DIRESA, universidades, sociedades científicas, colegios profesionales, hospitales, entre otros, participaron de un Foro Nacional en Lima, en el que fueron informados, deliberaron y eligieron democráticamente las prioridades nacionales con la veeduría de "Transparencia" y el respaldo de la ONPE.
- f. **Uso de la tecnología de la información.** En el foro nacional se utilizó un *software* especializado denominado "voces y consensos", el cual es de libre uso y que fue elaborado inicialmente por USAID. Este *software* fue adaptado por un consultor, a las necesidades de la práctica y permitió tener de manera simultánea los resultados de cada uno de los procesos de votación en el foro nacional. Se instalaron

computadoras en cada una de las 50 mesas de trabajo, todas en red, con un centro de análisis.

- g. **Modelo replicable.** El modelo elaborado para los talleres regionales fue replicado en cada una de las 20 regiones que aceptaron participar. Asimismo, el proceso en su conjunto se constituye en una metodología modelo que podría ser replicado en otros países.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La experiencia desarrollada, por tanto, ha permitido pasar de un proceso centralista y de visión únicamente institucional hacia uno descentralista y democrático hacia todo el sector salud e incluso otros sectores; hemos pasado de un proceso de gabinete realizado antes únicamente bajo el juicio de expertos temáticos, hacia la apertura de la consulta y participación ciudadana no solo para el proceso sino para el acompañamiento de los futuros planes de trabajo. Asimismo, se ha dejado de considerar a la investigación como un tema exclusivo de expertos científicos o de una élite, poco compartido en sus debilidades o logros, para aceptar la veeduría y el acompañamiento de entidades como la Asociación Civil Transparencia y la ONPE, que velan por el respeto a los derechos humanos y la legitimidad en los procesos democráticos, pues la intención actual del trabajo por la investigación en salud se basa en las normas vigentes y los principios de la ética. Finalmente, se ha colocado el tema de la investigación en salud en la vitrina del ciudadano, para que sea tomado como una actividad vinculada con la solución de sus problemas de salud y de ayuda al desarrollo de su comunidad.

El Instituto Nacional de Salud ha visto fortalecido su liderazgo como ente promotor y regulador de la investigación en salud, responsabilidad que le ha sido conferida por el Ministerio de Salud. Veinte gobiernos regionales han sido involucrados en la gestión local de la investigación en salud y se encuentran comprometidos y participando de los planes de difusión e implementación de las prioridades de investigación en sus localidades y un total de 774 ciudadanos de las regiones han participado en el proceso, legitimándolo y haciéndolo sostenible para las siguientes fases de trabajo.

En concordancia con otras experiencias internacionales, en el Perú, el proceso de definición de prioridades ha sido considerado como una parte indispensable dentro del proceso de la gestión de la investigación en salud y la metodología aplicada ha permitido el debate público y la integración entre los actores del gobierno y las otras instituciones interesadas ^(2,21,22), con la intención

de promover la organización de redes que puedan articular el trabajo de los investigadores de los sectores público y privado con la sociedad civil y el Estado, para continuar con la construcción de un sistema nacional de investigación en salud como se discute en otro artículo de este número de la Revista ⁽²³⁾.

El proceso desarrollado será ahora, la base para la elaboración de la agenda nacional consensuada de investigación, también aplicando una metodología participativa, buscando del mismo modo que en la fase anterior, cumplir con los principios de legitimidad y equidad, que será materia de una siguiente publicación. Asimismo, la elaboración de las agendas consensuadas de investigación para cada una de las prioridades definidas, orientará las futuras inversiones ^(2,24,25).

Fue inesperada la emergencia de dos temas no considerados como prioritarios tradicionalmente, como los problemas de recursos humanos y salud mental, cuyo interés está centrado en conocer mejor su problemática. El primero referido al funcionamiento del sistema de salud y el segundo con un campo de problemas que ocupa un lugar preponderante en los estudios de carga de enfermedad del país ⁽²⁶⁾. Respecto al primero, como mencionaron muchos actores en el Foro Nacional, fue una sorpresa, que confirma que en la próxima década el país tiene que tomarse en serio la problemática de la gestión de recursos humanos.

La confirmación de la desnutrición infantil como una prioridad nacional, ratificada por los agentes vinculados con la investigación, refleja el interés de los actores que tomaron la decisión: quieren evaluaciones de impacto que nos permita saber si estamos teniendo resultados en la reducción de la desnutrición, luego de tantos años de esfuerzos nacionales.

Del mismo modo, la confirmación de la mortalidad materna como una prioridad nacional que requiere de evaluaciones que nos permitan saber si vamos o no por buen camino aplicando las estrategias e intervenciones actuales.

La ausencia de los determinantes de la salud como área prioritaria para investigación, indica que dejar abierta la decisión sobre “prioridades sanitarias para la investigación” sin poner una cuota para las tres categorías –daños o enfermedades, problemas de funcionamiento del sistema de salud y determinantes de la salud – lleva a omisiones que pueden ser muy notorias en materia de incentivos en la gestión sanitaria.

Varios modelos de priorización han sido utilizados en los países ⁽²⁷⁻³³⁾ los cuales van desde métodos cualitativos de

construcción de consenso hasta el uso de métodos cuantitativos con el uso de matrices modelo. La metodología aplicada en el Perú se constituye en un modelo que recoge las experiencias previas de nuestro país y además tiene coincidencias con aquella promovida por el COHRED ⁽²⁾.

LECCIONES APRENDIDAS

Los procesos que involucran a la salud y a la sociedad, necesitan ser legitimados con participación ciudadana lo que favorece su aceptabilidad. Los actores del Estado tendrán la mejor disposición para escuchar y respetar las opiniones y decisiones de los otros actores para participar e integrarse.

El trabajo conjunto con otras instituciones públicas y privadas ha fortalecido la intervención desde el punto de vista técnico y político y favorece la sostenibilidad y la continuación hacia otras fases.

Es importante aplicar estrategias de comunicación (abogacía con autoridades decisoras e identificación de expertos temáticos a través de pares) para llegar a los actores regionales así como a los expertos temáticos con la finalidad de lograr una adecuada convocatoria y participación.

La sostenibilidad es una consecuencia del compromiso de los actores clave, del empoderamiento de la ciudadanía y de la emisión de políticas públicas encaminadas a fortalecer la investigación como una herramienta para la toma de decisiones con evidencia en salud.

Durante todo el proceso fue muy positiva la promoción de la discusión y el análisis interno entre todos los profesionales del equipo conductor y facilitadores con la finalidad de evaluar y aplicar retroalimentación para mejorar en cada avance.

Dado que los recursos son escasos, el Estado tiene en intervenciones como esta, un modelo para llegar a la población y orientar mejor los recursos.

La definición participativa de prioridades de investigación es posible bajo un marco de reglas y procedimientos claros, explícitos y debidamente sustentados. Los agentes participantes pueden asumir las reglas si son claras y si se aplican en todo momento del proceso.

El diálogo entre diferentes perspectivas es un punto medular de la construcción de la gobernanza de la investigación en salud. Solo esta conjunción permite la emergencia de nuevos temas y preocupaciones.

La orientación de la investigación hacia la resolución de problemas de salud y su alineamiento al logro de objetivos sanitarios es fácilmente aceptable entre investigadores y gestores.

La deliberación previa a las decisiones es un imperativo para la legitimidad de la política porque los actores reconocen como necesario que exista un discernimiento colectivo. En este sentido, reconocen como válida una decisión si se ha tenido la oportunidad de analizar los alcances de las opciones. Cuanto mayor es la percepción de que ese discernimiento ha producido, mayor es la adhesión a la decisión.

La calidad de la deliberación depende de la oportunidad de la información, la preparación de los facilitadores y de los agentes deliberantes.

Es necesario balancear mejor las prioridades de investigación respecto a los tipos de prioridades sanitarias para no obviar alguna de éstas. En este sentido, las reglas pueden contemplar cuotas para lograr ese balance.

Finalmente, es importante considerar que los procesos de definición de las prioridades de investigación requieren ser flexibles y mejorados en el tiempo. Y para ello es recomendable promover estrategias para su difusión y para compartir las experiencias con los otros países de la región.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento a todos los profesionales y facilitadores que contribuyeron al desarrollo del proceso desde el Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud, DIRESA, hospitales, universidades, organizaciones de la sociedad civil y organizaciones internacionales con sede en el país. Un especial reconocimiento al Oficina Nacional de Procesos Electorales (ONPE) y la Asociación Civil Transparencia.

Fuente de Financiamiento

Instituto Nacional de Salud.

Conflictos de Interés

Los autores participaron en el diseño, implementación y evaluación de este proceso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kennedy A, IJsselmuiden C. *Building & strengthening national health research systems. A manager's guide to developing and managing effective health research systems*. Geneva: Council on Health Research for Development; 2006.
2. World Health Organization. *Priority setting methodologies in health research*. Geneva: WHO; 2008.
3. Hanney SR, Gonzalez-Block MA, Buxton MJ, Kogan M. The utilization of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. *Health Res Policy Syst*. 2003;1(1):2
4. Cabezas C. *Programas de investigación: una alternativa integral e incluyente para enfrentar los problemas de salud pública*. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2006;23(3):147-48.
5. Lomas J, Fulop N, Gagnon D, Allen P. On being a good listener: setting priorities for applied health services research. *Milbank Q*. 2003;81(3):363-88.
6. Callahan D. Shaping biomedical research priorities: The case of the national Institutes of Health. *Health Care Anal*. 1999;7(2):115-29.
7. Mills BF, Karanja DD. Processes and methods for research programme priority setting: the experience of the Kenya Agricultural Research Institute Wheat Programme. *Food Policy*. 1997;22(1):63-79.
8. Currat LJ. Complementary approaches for priority setting in health research: review and perspectives. In: *Global Forum for Health Research. 10/90 Report on Health Research*. Geneva: Global Forum for Health Research; 2000. p. 17-42.
9. Kalucy L, Beacham B, Raupach J, Dwyer J, Pilotto L. *Priorities for primary health care research, evaluation and development in Australia. Final report - Priority setting process: Stage I*. Adelaide: Primary Health Care Research and Information Service; 2001.
10. Alger J, Becerra-Posada F, Kennedy A, Martinelli E, Cuervo LG, Grupo Colaborativo de la Primera Conferencia Latinoamericana de investigación e Innovación para la Salud. *Sistemas nacionales de investigación para la salud en América Latina: una revisión de 14 países*. *Rev Panam Salud Publica*. 2009; 26(5): 447-57.
11. Perú, Congreso de la República. *Ley N.º 26842: Ley General de Salud*. Lima: Congreso de la República; 1997.
12. Perú, Ministerio de Salud. *Decreto Supremo N°001-2003-SA: Aprueban el reglamento de organización y funciones del Instituto Nacional de Salud*. Lima: MINSA; 2003.
13. Instituto Nacional de Salud. *Prioridades de investigación en salud en el Perú: análisis del proceso*. Lima: INS; 2007.
14. Perú, Ministerio de Salud. *Informe de la sistematización del proceso de monitorización y evaluación de la descentralización en el nivel regional para mejorar el desempeño de la función salud*. Lima: MINSA; 2010.
15. Becerra-Posada F, Kennedy A, IJsselmuiden C. *COHRED Record Paper 8: Best practices in health research policy development: lessons from an expert consultation*. Geneva: Council on Health Research for Development; 2008.
16. Perú, Ministerio de Salud. *Plan nacional concertado de salud*. Lima: MINSA; 2007.
17. Velásquez A. *Las prioridades de investigación alineadas con las necesidades nacionales de salud. Propuesta metodológica para el Perú*. *Bol Inst Nac Salud*. 2009;15(3-4):64-71.
18. Instituto Nacional de Salud. *Guía del facilitador para la fase de consultas regionales*. Lima: INS; 2009.

19. **Instituto Nacional de Salud.** Guía del facilitador para la reunión de expertos temáticos. Lima: INS; 2009.
20. **Instituto Nacional de Salud.** Guía del facilitador para el Foro Nacional "Prioridades de Investigación en Salud". Lima: INS; 2009.
21. **Ranson MK, Bennett SC.** Priority setting and health policy and systems research. *Health Res Policy Syst.* 2009;7:27.
22. **Cáceres CF, Mendoza W.** Globalized research and "national science" the case of Peru. *Am J Public Health.* 2009;99(10):1792-98.
23. **Yagui M, Espinoza M, Caballero P, Castilla T, Garro G, Yamaguchi LP, et al.** Avances y retos en la construcción del sistema nacional de investigación en salud en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2010;27(3):367-72.
24. **Nuyens Y.** Setting priorities for health research: lessons from low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ.* 2007;85(4):319-21.
25. **Ali N, Hill C, Kennedy A, Ijsselmuiden C.** COHRED Record Paper 5: What factors influence national health research agendas in low and middle income countries? Geneva: Council on Health Research for Development; 2006.
26. **Velásquez A.** La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2009;26(2):222-31.
27. **The Working Group on Priority Setting.** Priority setting for health research: lessons from developing countries. *Health Policy Plan.* 2000;15(2):130-36.
28. **Rudan I, Kapiriri L, Tomlinson M, Balliet M.** Evidence-based priority setting for health care and research: Tools to support policy in maternal, neonatal, and child health in Africa. *PLoS Med.* 2010;7(7):e1000308.
29. **Armas R, Torres A, Arriagada J Muñoz F, Salinas R, Crocco P.** Proceso para priorizar las líneas de investigación esencial de interés para el Ministerio de Salud de Chile. *Rev Med Chile.* 2010;138(4):401-5.
30. **Ortiz Z, Olmos M, Ramos S, Sosa ES, Kochen S, Pecheny M, et al.** Validación de metodologías para fijación de prioridades: matriz de estrategias combinadas para Argentina (MECA). Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Epidemiológicas; 2005.
31. **Ortiz Z, Abriata G, Bardach A, Barbieri E.** Metodologías de fijación de prioridades en la selección de investigaciones. *Bol Acad Nac Med B Aires.* 2007;85(2):139-53.
32. **Agudelo CA, de la Hoz F, Mojica MJ, Eslava JC, Robledo R, Cifuentes P, et al.** Prioridades de investigación en salud en Colombia: perspectiva de los investigadores. *Rev Salud Publica (Bogotá).* 2009;11(2):301-9.
33. **COLCIENCIAS.** Supporting the research priority setting process in Columbia using the Combined Approach Methodology. Bogotá: The Colombian Institute for Development of Science and Technology "Francisco Jose de Caldas"; 2005.

Correspondencia: Dra. Patricia Caballero Ñopo
 Dirección: Cápac Yupanqui 1400, Lima11, Perú.
 Teléfono: (511) 617-6200 anexo
 Correo electrónico: pcaballe@ins.gob.pe

Consulte las ediciones anteriores de la
 Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública en
www.scielo.org.pe

