

**PERSPECTIVA DE LA INVESTIGACIÓN
EN LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD,
BOGOTÁ, D.C.**

CARLOS ENRIQUE TRILLOS PEÑA, MD

*Departamento de Salud Pública y Gestión en Salud
Universidad del Rosario*

CATALINA LATORRE SANTOS, MD,

*Departamento de Salud Pública y Gestión en Salud
Universidad del Rosario*

JESÚS ALERCIO ORTEGA BOLAÑOS, MD

*Grupo Funcional de investigaciones de la Secretaría Distrital
de Salud de Bogotá, D.C.*

CORRESPONDENCIA

Calle 13 No. 32-69

Correo electrónico: jaortega@saludcapital.gov.co

Existe consenso acerca de que el conocimiento constituye el factor más importante en el desarrollo económico y social, entendido como mejorar el nivel de vida de la población respetando la sostenibilidad medioambiental, determinante para el bienestar de las generaciones futuras. [1, 2]

Así mismo, se reconoce que el conocimiento por sí mismo no transforma las economías o la sociedad, sino que puede hacerlo en el marco de sistemas sociales/nacionales de ciencia, tecnología e innovación (SSI/SNI), que posibiliten su incorporación al sector productor de bienes y servicios. Resulta necesario tomar en cuenta, además del conocimiento explícito generado por los procesos de investigación y desarrollo, los conocimientos implícitos de numerosos actores e instituciones, tanto públicos como privados, que participan, de una u otra forma en el proceso de generación, difusión y absorción del conocimiento y de las innovaciones en las sociedades modernas, articulando los diversos procesos de aprendizaje científico y tecnológico de los distintos actores e instituciones. Los sistemas sociales/nacionales de ciencia, tecnología e innovación constituyen redes de instituciones, recursos, interacciones y relaciones, mecanismos e instrumentos de política, actividades científicas y tecnológicas que promueven, articulan y materializan los procesos de innovación y difusión tecnológica en la sociedad (generación, importación, adaptación y difusión de tecnologías). [2]

Esto implica reducir la dispersión de los esfuerzos científicos y tecnológicos y enfocar los recursos en aquellas actividades y proyectos que puedan generar una masa crítica y que tengan un mayor potencial para resolver los problemas prioritarios de nuestra región, referidos tanto a las condiciones sociales y ambientales como a la competitividad de las empresas productoras de bienes y servicios. [2] En este marco, en la última década se han suscrito acuerdos nacionales plasmados en la Declaración de Budapest, complementados con las Metas del Millenium, compromisos adoptados por Colombia. [2-4]

Estos lineamientos y otros de agencias internacionales establecen el denominado "Movimiento internacional para la aplicación de la ciencia y la tecnología a los problemas del desarrollo", que se reflejan en Colombia en eventos como la Misión de Ciencia y Tecnología (C&T) y documentos como el Plan Estratégico 1999-2004 del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud y otros relacionados con innovación.

investigación y desarrollo. En la revisión de H. Jaramillo para la Cepal, resume los principales factores que han impulsado la C&T en Colombia en la última década, así: (a) la Ley 29 de 1990, que estableció los parámetros del nuevo marco para la actividad de investigación y desarrollo tecnológico; (b) el Decreto 1767 de 1990 que adscribió Colciencias al Departamento Nacional de Planeación, DNP, antes adscrito al Ministerio de Educación Nacional y que creó el Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología; (c) los Decretos expedidos en 1991 (393, 591, 584 y 585) para reglamentar el nuevo marco regulatorio; (d) la publicación del libro *Ciencia y tecnología para una sociedad abierta*, que le da contenido al nuevo escenario de las reformas estructurales de inicios de los noventa; (e) la segunda etapa del crédito BID, para el período 1990-1994; (f) el inicio de la Misión de Ciencia, Educación y Desarrollo, que entrega sus resultados en 1994; (g) elaboración y aprobación del documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes), que establece la política de ciencia y tecnología para el período 1994-1998; (h) la tercera etapa del crédito BID, previsto para ejecutarse inicialmente entre 1995 y 1999, pero que por razones fiscales se extiende hasta el 2002; (i) la institucionalización en 1995 del Sistema Nacional de Innovación, SIN, y el desarrollo de instrumentos y modalidades para el financiamiento y la organización de la innovación tecnológica y los sistemas regionales de innovación; (j) el establecimiento de los Planes Estratégicos para programas nacionales de C&T y (k) la creación en 1999 del Observatorio Colombiano de Ciencia y Tecnología. [5]

El componente de investigación en salud, que desde los años setenta, en el marco del Sistema Nacional de Salud, estaba a cargo del Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud y Colciencias, se ha ido transformando y consolidándose, en el marco de las políticas nacionales, Ley 29 de 1990,¹ y en el componente financiero con el Fondo de Investigación en Salud, establecido en la Ley 643 del 2001,² artículo 42. Para la vigencia 2006 el Ente territorial transfiere recursos por un

¹ Ley 29 de 1990 y los Decretos 393, 585 y 591 de 1991, mediante los cuales se conforma el Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología, constituyen un avance importante en materia de política científica y tecnológica en el país. De igual forma, la adscripción de Colciencias al Departamento Nacional de Planeación (Ley 29 1990).

² Fondo de Investigación en Salud que se nutre del 7% de lo producido por las loterías departamentales y los juegos de azar (Ley 643/2001, art. 42, lit. B., reglamentado por el Decreto 2878/2001).

valor de \$2.846.359.355, siendo en la actualidad Colciencias, a través del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, y el Ministerio de la Protección Social mediante el Comité Asesor de Ciencia y Tecnología,³ los entes gubernamentales encargados de la administración de las actividades de desarrollo científico y tecnológico en el campo de la salud. [5, 6]

Los principales resultados en relación con investigación en salud se analizan a partir de los avances del Plan Estratégico 1999-2004, relacionados con cada uno de los problemas identificados:

- Desarrollo desigual de la investigación y desequilibrio entre las diferentes modalidades del conocimiento que concurren en la génesis de los procesos de salud y enfermedad.
- Baja representatividad en la comunidad científica en salud de investigadores con doctorado. Reducida presencia de los entrenados en salud pública, ciencias sociales y humanas, económicas, administrativas y otras áreas del conocimiento. Escasa oferta doctoral para formación de investigadores de excelencia.
- Predominio de la producción individual sobre la efectuada en colaboración y la asociada a Proyectos, ausencia de transferencia de los resultados de la investigación a las aplicaciones prácticas y bajo aporte a la política pública, fenómenos que reflejan la poca legitimidad social de la comunidad científica en salud y la ausencia de mecanismos de coordinación entre los sectores de ciencia y tecnología, académico, salud y productivo.
- Existe una marcada diferencia en la distribución del potencial científico en salud por regiones de ciencia y tecnología, dándose un escaso desarrollo en las zonas Centro-Oriente y Atlántica. Es dispersa la información sobre centros y grupos de investigación de temas comunes y sobre las redes de investigación vigentes. Igualmente, es precaria la información financiera sobre la inversión real en ciencia y tecnología en el campo de la salud.

³ Resolución 1572/2003: son funciones del Comité, formular los mecanismos permanentes de consolidación de las actividades en ciencia y tecnología del sector de la Protección Social, proponer los estudios técnicos e investigaciones que faciliten la formulación y evaluación de políticas, planes y programas en materia de empleo, trabajo, previsión, seguridad social integral y protección social, y proponer las prioridades para la destinación de los recursos disponibles con destino a los Proyectos en Ciencia y Tecnología de la Protección Social, entre otros.

TABLA I.
**RESUMEN DEL PLAN ESTRÁTÉGICO 1999-2004 DEL PROGRAMA NACIONAL DE CIENCIA Y
 TECNOLOGÍA DE LA SALUD**

PROBLEMA	ESTRATEGIAS Y METAS
Desarrollo desigual de la investigación y desequilibrio entre las diferentes modalidades del conocimiento que concurren en la génesis de los procesos de salud y enfermedad.	<p>Estrategia: Definición de prioridades de investigación y desarrollo tecnológico en función de los problemas más importantes del país.</p> <p>Metas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Concertar líneas estratégicas de investigación, innovación, entre otras. 2) Realizar cuatro convocatorias públicas para la ejecución de proyectos de Investigación en las líneas prioritarias. 3) Generar y consolidar programas estratégicos que aborden problemáticas locales en el contexto de las líneas prioritarias definidas. 4) Continuar el apoyo a las actividades tradicionalmente financiadas.
Baja representatividad en la comunidad científica en salud de investigadores con doctorado.	<p>Estrategia: Motivación hacia la carrera de investigador desde el pregrado, hacer énfasis en la formación doctoral, especialmente en salud pública, epidemiología social, epidemiología clínica y sistemas de salud.</p> <p>Metas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Realizar y mantener actualizado el inventario del recurso humano. 2) Mantener y aumentar en el término de cinco años el número de investigadores con doctorado o maestría en salud pública. 3) Aprovechar los centros de investigación de excelencia para que formen nuevos investigadores en las disciplinas académicas de su especialidad. 4) Concertar con las universidades que tienen programas de salud la vinculación de jóvenes investigadores desde el pregrado, a proyectos de investigación. 5) Propiciar que el servicio social obligatorio pueda ser realizado en instituciones de investigación. 6) Apoyar los programas de especialización, maestría y doctorado mediante la financiación de proyectos de investigación. 7) Apoyar programas estratégicos de desarrollo científico y tecnológico mediante la realización de talleres, cursos cortos y pequeños proyectos de investigación sobre problemas locales de salud. 8) Establecer la carrera de investigador en salud.
Reducida presencia de los entrenados en salud pública, ciencias sociales y humanas, económicas, administrativas, y otras áreas del conocimiento.	
Escasa oferta doctoral para formación de investigadores de excelencia.	

PROBLEMA	ESTRATEGIAS Y METAS
<p>Predominio de la producción individual sobre la hecha en colaboración y la asociada a Proyectos.</p> <p>Ausencia de transferencia de los resultados de la investigación a las aplicaciones prácticas.</p> <p>Bajo aporte a las políticas públicas</p>	<p>Estrategia: Búsqueda de nuevos nichos de competencias y alianzas estratégicas que garanticen la interacción de la academia de salud y los sectores productivos del área.</p> <p>Metas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Incluir en la cofinanciación de los proyectos un rubro específico para publicación de resultados. 2) Continuar y mantener actualizada la base de datos sobre publicaciones y hacer reportes periódicos de los resultados. 3) Mantener una clasificación de los grupos de investigación y generar estudios cienciométricos y de sociología de la ciencia. 4) Divulgar las actividades del PNCTS, crear un boletín, hacer conversatorios. 5) Vincular al sector productivo y a los nuevos actores del SGSS a las actividades de desarrollo científico y tecnológico.
<p>Marcada diferenciación en la distribución del potencial científico en salud por regiones de ciencia y tecnología, dándose un escaso desarrollo en las zonas Oriente y Atlántica.</p> <p>Precariedad de la información financiera sobre la inversión real en ciencia y tecnología en salud.</p>	<p>Estrategia: Interacción permanente de las dos entidades encargadas de la Secretaría Técnica del Consejo del PNCTS.</p> <p>Metas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Aprovechar las bases de datos de las convocatorias sobre centros y grupos de investigación para clasificar los grupos, los problemas que se estudian y los enfoques. 2) Construir el perfil de las capacidades de Investigación en Salud a partir del diagnóstico anterior. 3) Propiciar nuevas dinámicas en el trabajo de las Unidades de Investigación mediante la identificación de pares y redes y usando los conversatorios. 4) Contar con una red nacional de unidades de investigación en salud y redes temáticas. 5) Apoyar los centros y grupos de investigación maduros y jóvenes mediante el financiamiento del trabajo en red. 6) Patrocinar pasantías de investigadores nacionales y extranjeros que tengan como finalidad la iniciación o fortalecimiento del trabajo en red. 7) Hacer un diagnóstico del estado de financiación de las actividades de investigación y desarrollo tecnológico en salud.

Fuente: Tornado textual de "Evaluación del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la salud". Colciencias (2004).

En general, se reconoce un avance en el financiamiento para problemas de salud diferentes a los relacionados en áreas biomédicas, y aumento de la financiación para clínicas, epidemiología e investigación en servicios de salud. Falta fortalecer los mecanismos para mantener en la carrera investigativa a los jóvenes, que permita la consolidación de la carrera de investigador; se identifica y analiza el potencial de Investigación en salud y se ha fomentado la estructuración de redes; sin embargo, este trabajo sigue siendo incipiente. Se cambió la política de financiación de proyectos con el fin de asignar recursos para apoyar la divulgación de los resultados, lo que representa hasta un 3% de los presupuestos de los proyectos. [7]

El número de grupos de investigación aumentó de 73, en el período 1990-1999, a 194 entre 2000 y 2004; mientras que el de investigadores con doctorado pasó de 157 a 373, y los que tienen título de magíster, de 305 a más de 1000. Persisten diferencias en la capacidad de las regiones para hacer investigación. Las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali y Bucaramanga que son el 25% de la población colombiana, concentran el 75% de los grupos reconocidos por Colciencias para el año 2005.

Por el tipo de impacto potencial Colciencias distribuyó recursos, así: 25% para 68 proyectos con impacto potencial en la prevención de problemas de salud, 39% para 105 proyectos sobre el tratamiento, 10% para 24 proyectos sobre el control, y 13% para 39 proyectos sobre el desarrollo o mejoramiento de métodos diagnósticos. [7, 8]

La entrada del Fondo de Colciencias como financiador de investigaciones generó incremento del número de proyectos en salud, pasando de 25 a 70 promedio/año, con un aumento también importante en la proporción de los recursos destinados a cada proyecto, de \$40 a \$130 millones en promedio por proyecto. Esto, a su vez, ha permitido que la investigación en salud se diversifique, aumentando los recursos destinados a la investigación clínica, que incluso ha superado a la investigación básica biomédica, que tradicionalmente era la que concentraba la mayor parte de los recursos.

También se ha observado, como efecto del aumento en la capacidad de financiación, que la investigación en enfermedades no transmisibles ha superado a la investigación en enfermedades transmisibles, que durante la década de los noventa dominaron el panorama de la

investigación en salud en el país. La participación de otros enfoques de la investigación en salud, tales como la efectuada en sistemas y políticas, o epidemiológica, también se ha incrementado aunque no en la misma magnitud que ha pasado con la investigación clínica [7, 8]. Este panorama debe servir para analizar la tendencia de los proyectos de investigación desarrollados por la Secretaría Distrital de Salud y objeto de esta revisión.

En el marco de priorización de temas de investigación para el país se realizaron durante el 2005, diferentes ejercicios de consenso liderados por Colciencias y en el marco de políticas y sistemas de salud se inició un trabajo por parte de la Red Nacional para la Investigación de Políticas y Servicios de Salud, del cual forma parte la Secretaría Distrital de Salud. Los análisis de consenso de la priorización liderado por Colciencias y por el Instituto de Salud Pública de la Universidad Nacional, partieron de la recopilación del perfil epidemiológico nacional y trataron de establecer una agenda en temas de investigación en básicas, clínicas y salud pública, siguiendo los lineamientos del Global Forum Health Research. La organización de los temas se hizo alrededor de las siguientes patologías: enfermedades crónicas, infecciosas y emergentes transmitidas por vectores, TBC/lepra, política farmacéutica en salud, salud mental, salud materna, ITS/VIH/SIDA, IRA/EDA, infección nosocomial, salud pública, nutrición, prestación de servicios, inmunoprevenibles, aseguramiento, violencia intrafamiliar, riesgos profesionales, lesiones externas, salud de poblaciones vulnerables, dirección y control, y política sectorial. Esta agrupación retomó las principales patologías identificadas por los grupos de trabajo, para quienes se hizo el ejercicio de hacer su propia priorización. [8]

Entre febrero y noviembre de 2005 los Nodos que conforman la Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud realizaron varias reuniones dirigidas a fijar los asuntos que debían orientar la agenda de investigación en sus diferentes regiones. Los participantes tuvieron en cuenta los lineamientos nacionales e internacionales y las situaciones más preocupantes en su respectivo ámbito de influencia. Cada nodo diseñó su propia metodología de priorización, sin embargo los resultados del proceso fueron generados y legitimados por el acuerdo entre los participantes, y organizados en las siguientes categorías: el incremento y expansión de riesgos para la salud, el deterioro en el

control de los determinantes de la salud, la tendencia al aumento de enfermedades y problemas de salud pública, el aumento de la mortalidad evitable, la capacidad limitada de las políticas sanitarias para identificar y controlar los problemas prioritarios, las limitaciones de la estructura y capacidad de los servicios del sector para prevenir y atender apropiadamente las enfermedades, heridas y traumatismos prevalentes en la población. [6]

Realizando una aproximación a los problemas identificados a nivel nacional en el Plan Estratégico 1999-2004 en la perspectiva de la SDS, según entrevista al jefe del Grupo Funcional de Investigaciones, se puede considerar que los problemas son los mismos y que existen situaciones puntuales a nivel de esta Institución en relación con el desarrollo de los procesos, como son: la falta de identificación de funcionarios de la SDS con formación de doctorado, al igual que las personas con formación en maestrías; a su vez, que estos son convocados a trabajar en los equipos, pero su investigación se ve opacada por la carga operativa del trabajo. Desde la Secretaría prevalece el hecho de que algunos de estos funcionarios establecen un trabajo académico paralelo con el institucional y su filiación como investigadores se proyecta con otras Instituciones, a nivel particular y no de grupos. La producción de investigaciones desde la Secretaría se encuentra concentrada en pocas áreas, como la Dirección de Salud Pública, el Laboratorio de Salud Pública (investigación básica y biomédica), Vigilancia Epidemiológica, entre otras. Actualmente se viene tratando de institucionalizar y legitimar los procesos de investigación que se hacen con los funcionarios a través de proyectos cofinanciados, buscando posicionar la SDS en los espacios de divulgación de los resultados, redireccionando el Comité Directivo de Investigaciones, y generar espacios como la operación del Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud. Todos ellos formalizan la participación de la Secretaría, al mejorar los procesos de seguimiento y buscar mayor aplicabilidad de los resultados. Se ha reconocido también la necesidad de lograr la integración de las localidades a las actividades de investigación y rescatar la capacidad de apoyo a las decisiones macro, con información y evidencia desde lo local.

PERSPECTIVA DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (SDS)

Plan de Desarrollo Distrital (PDD) 2004 – 2008

El Gobierno Distrital tiene tres pilares centrales que guían el Plan de Desarrollo 2004–2008: "Bogotá Moderna y Humana", "Bogotá sin Hambre" y "Bogotá sin Indiferencia".

El PDD se propone, desde un enfoque estratégico dirigido a la garantía de los derechos humanos individuales, disminuir las desigualdades, crear y redistribuir la riqueza con reconocimiento de las diferencias generacionales, étnicas, culturales, de género, de oportunidades y capacidades, haciendo de la calidad de vida el principal referente, conforme al Acuerdo 119 de 2004 del Concejo de Bogotá, D.C. [9]

Para lograrlo, el Gobierno Distrital plantea integralidad de la gestión pública en tres ejes temáticos: el social, el urbano regional y el de reconciliación, un objetivo transversal, como es el de gestión pública humana.

La SDS hace parte de la Administración Central Distrital, según el Decreto-Ley 1421 de 1993, que incorpora la política sectorial y se articula dentro del PDD con cinco estrategias y cinco líneas de acción articuladas con los Planes de Desarrollo "Hacia un Estado Comunitario" y "Bogotá sin Indiferencia":

Estrategias: Construcción de ciudadanía en salud, transectorialidad, Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque familiar y comunitario, redes sectoriales de servicios y de apoyo y Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS).

Líneas de acción: intervención de políticas para la salud y la vida, intervención en determinantes de calidad de vida y salud, accesibilidad y calidad para la prevención y atención de daños a la salud, rectoría sectorial y organización de los servicios en redes con alcance de ciudad y ciudadanía en salud.

Este conjunto de orientaciones se materializa en las inversiones incorporadas al Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI), del Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS), apoyado en las fuentes de financiación del plan y en la ejecución de doce proyectos de inversión vinculados al Plan de Desarrollo de Bogotá.

La SDS, con base en el PDD, en cuanto a las estrategias, líneas de acción, el perfil epidemiológico de la ciudad, definió cómo las necesida-

des prioritarias para la salud de la población de Bogotá, D.C., son: la alimentación y nutrición, crónicas no transmisibles, violencia y trauma, salud mental, VIH-SIDA e intervenciones ambientales estratégicas.⁴ [10]

INVESTIGACIÓN EN LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

La SDS es el organismo rector de la salud en el Distrito Capital, encargado de dirigir el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la planeación, orientación, coordinación, dirección y control de la gestión del sistema acorde con las políticas, planes, programas y proyectos de los niveles nacional y distrital, según lo establecido en el artículo 174 de la Ley 100 de 1993 y en el Capítulo II del Título III de la Ley 715 de 2001.

Desde 1996 el Gobierno Distrital ha dado gran importancia a las investigaciones en el sector salud, especialmente en salud pública y seguridad social, para lo que la SDS ha dedicado alrededor del 0,001% de su presupuesto a la investigación en temas prioritarios para la ciudad, de acuerdo con necesidades identificadas previamente, tanto a nivel central como en los hospitales adscritos y en la comunidad, con el propósito de desarrollar estrategias que reorienten los programas y soporten las políticas públicas sectoriales en salud (Tabla 2).

TABLA 2.
PRESUPUESTO DE LA SDS EN INVESTIGACIÓN 1997 - 2008

Año	Presupuesto (pesos)
1997	1.895.895.120
1998	863.172.660
1999	596.541.874
2000	496.901.730
2001	489.099.340
2002	600.000.000
2005	300.000.000
Total	5.241.610.724

⁴ Información suministrada por el Grupo Funcional de Investigaciones (GFI), Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, D.C., "Política de Investigaciones", documento de trabajo II, 2005 y acta de la Reunión No. 1, prioridades de investigación, GFI, 2006.

Es de destacar la reducción significativa del presupuesto para investigación, el cual en el 2005 es apenas un 15,8% del requerido para el mismo año. Esto se correlaciona con las nuevas reglamentaciones estatales que centralizan la de las investigaciones. Sin embargo, para reforzar el ingreso de recursos para la investigación, la SDS asignó formalmente al GFI recursos con los Proyectos de Inversión números 344 y 347.

A finales de los años noventa la SDS llevó a cabo un estudio para evaluar la difusión y utilización de los resultados de las investigaciones financiadas y cofinanciadas por este ente, el cual mostró que el 43% de los funcionarios encuestados las utilizó de manera efectiva en el diseño de planes, programas y proyectos. [10, 11]

En razón a que cada año se invierten en el Distrito importantes recursos en investigación, sin que se realice una evaluación completa de los beneficios que generan, la SDS requiere formular una política pública de investigación en salud pública. En la construcción de la misma se plantea evaluar la pertinencia, la calidad y el uso de las investigaciones realizadas por la SDS entre 1998 y 2004 en la toma de decisiones.

Esta puesta política de ciencia y tecnología parte de una formulación estratégica articulada y transversal con todos los procesos de la institución, dirigida a apoyar la gestión, mejorar la respuesta a las necesidades de salud de la población, aportar elementos para la formulación de las políticas públicas de manera participativa, y apoyar a todos los entes distritales en sus procesos de investigación.⁵

Los componentes de análisis para la construcción de la política incluyen compromisos de ciudad del Gobierno Distrital, participación y construcción de redes de investigación, definición y operativización de agendas de investigaciones, desarrollo de un observatorio de equidad en calidad de vida y salud, construcción de una agenda de cooperación e implementación del proceso de investigación transectorial en el Distrito Capital.⁶

⁵ Información suministrada por el Grupo Funcional de Investigaciones, Secretaría Distrital de Salud, Bogotá. D.C., "Política de Investigaciones", documento de trabajo II, 2005, y acta de la reunión No. 1, prioridades de investigación, GFI 2006.

⁶ Información suministrada por el Grupo Funcional de Investigaciones, Secretaría Distrital de Salud, Bogotá. D.C., "Política de Investigaciones", documento de trabajo II, 2005, y acta de la reunión No. 1, prioridades de investigación, GFI, 2006.

GRUPO FUNCIONAL DE INVESTIGACIONES (GFI)

El Grupo Funcional de Investigaciones es el ente con competencias técnicas y legitimidad para el desarrollo de la gestión en investigación, entendida como un proceso técnico-administrativo para el desarrollo coherente e integral de la investigación en la SDS, concebida con un carácter participativo y dinámico que permita involucrar, en los distintos momentos del proceso, tanto a los funcionarios e investigadores en salud, como a otros sectores y personas relacionadas, incluyendo las universidades.

El GFI, liderado por un médico epidemiólogo y salubrista, depende actualmente de la Dirección de Planeación y Sistemas, y tiene como misión la orientación estratégica del proceso investigativo en el Distrito Capital.

El GFI tiene relaciones con Colciencias, el Ministerio de la Protección Social, Grupos de Investigación en Salud Pública Distritales, Nacionales y algunos Internacionales, con otras Secretarías de Salud Departamental, con el fin de posicionar la agenda de investigación de la SDS y gestionar recursos de cooperación necesarios para fortalecer la investigación.

En la actualidad el GFI participa en la construcción del Nodo Bogotá para la "línea de investigación de políticas y sistemas de salud".

El GFI de la SDS coordina el Comité Directivo de Investigaciones, instancia en la que se evalúan las propuestas de investigación, de acuerdo con las necesidades sociales en salud, siendo una instancia de discusión y un ente facilitador para la construcción de la política distrital de ciencia y tecnología para el sector salud. Este Comité está conformado por un delegado de las direcciones de Salud Pública, Desarrollo de Servicios, Aseguramiento, Planeación y Sistemas, y la Subsecretaría.⁷

Compromisos del Grupo Funcional de Investigaciones de la SDS

El gobierno de Bogotá, D.C., en el período 2004-2008, tiene con la ciudadanía 82 compromisos, de estos la SDS —Grupo Funcional de Investigaciones— contribuye con su gestión en los siguientes: reducir

⁷ Información suministrada por el Grupo Funcional de Investigaciones, Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, D.C., "Política de Investigaciones", documento de trabajo II, 2005, y acta de la reunión No. 1, prioridades de investigación, GFI, 2006.

mortalidad evitable-2%, seguimiento a proyectos de investigación contratados por la Entidad, participar en el direccionamiento estratégico y operación del Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud, participar en el Comité Editorial Institucional, participar en el análisis y visualizar la información producida por el proceso investigativo, reestructuración y fortalecimiento del Área de Investigaciones, realizar durante el período 2004-2008 quince convenios de cooperación científica y tecnológica local, nacional e internacional para el desarrollo del sector; realizar la gestión, seguimiento y evaluación de las investigaciones para el desarrollo del sector; sensibilización y formación de nuevos investigadores, seguimiento a proyectos demostrativos-y estratégicos en los que participe la Entidad; participar en la evaluación de políticas públicas y reformulación de la actual política de investigaciones de la Entidad.

Agenda de Investigación

La Agenda de Investigación de la SDS es la carta de navegación para el sector salud, comunidad académica e investigativa que permite desarrollar por medio de sus líneas, áreas y temas, las actividades y proyectos de investigación basadas en las necesidades sociales en salud de la población del Distrito.

Desde 1997 la Agenda Distrital de Investigaciones en salud ha tenido varios desarrollos y ajustes, incluidos el fomento, implementación, socialización y revisión de 101 investigaciones.

La Agenda de Investigación actual requiere una evaluación a fondo con los siguientes ítems: relevancia institucional, relevancia social, pertinencia, destreza externa, infraestructura externa, destreza interna, infraestructura interna, destrezas administrativas, capacidad interna, oportunidad, fortalecimiento externo y fortalecimiento interno.

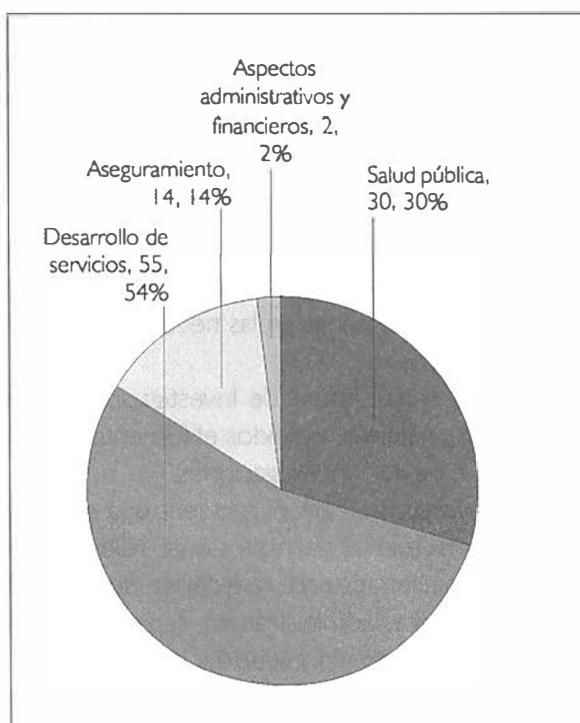
Los resultados del proceso de investigación en la SDS se resumen en:

- Definición de líneas, áreas y temas de investigación, de acuerdo con las prioridades de los problemas de salud del Distrito Capital.
- Definición de la estructura y los mecanismos de apoyo a la investigación en la Institución.

Desde 1997 hasta 2004, en el marco de las líneas, áreas y temas prioritarios de investigación, se han realizado 101 estudios, de los cuales

el 65% fueron propuestos por personal técnico de la Secretaría Distrital de Salud. El 35% restante fue de propuestas presentadas por entidades externas. El 77% de los estudios han sido financiados por el Fondo Financiero Distrital y el 23% cofinanciadas con otras entidades. En el Gráfico I se presentan los proyectos desarrollados por las diferentes direcciones de la SDS.

GRÁFICO I
PROYECTOS DESARROLLADOS POR EL GRUPO FUNCIONAL DE INVESTIGACIONES
1997 - 2004



Las líneas de investigación de la Secretaría de Salud, son orientaciones estratégicas relacionadas con: cultura y salud, problemas de salud pública y sus determinantes; evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; desarrollo de servicios; dinámica poblacional; aspectos económicos y financieros del Sistema General de Seguridad Social en Salud y Aseguramiento.

Con las anteriores orientaciones, la SDS cuenta actualmente con la siguiente Agenda de Investigación:

- I. DESARROLLO DE UN OBSERVATORIO DE EQUIDAD EN CALIDAD DE VIDA Y SALUD PARA BOGOTÁ
 - 1.1 Según necesidades, acceso a servicios y resultados en salud.
 - 1.2 Según ciclo vital, género y etnia.
 - 1.3 Según condiciones de vida.
- II. NECESIDADES PRIORITARIAS EN SALUD DE LA POBLACIÓN
 - 2.1 Alimentación y nutrición.
 - 2.2 Crónicas no transmisibles.
 - 2.3 Violencia y trauma.
 - 2.4 Salud mental.
 - 2.5 VIH-SIDA.
 - 2.6 Intervenciones ambientales estratégicas.
- III. RESPUESTA INSTITUCIONAL DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
 - 3.1 Desarrollo de alternativas de financiamiento de la atención integral en salud.
 - 3.2 Modelos de prestación de servicios para la atención integral con enfoque familiar y comunitario.
 - 3.3 Desarrollo del Sistema Integrado de Información en Salud.
 - 3.4 Modelos de exportación de servicios especializados y de alta complejidad.
 - 3.5 Modelos de evaluación de acceso, calidad y uso adecuado de medicamentos y de tecnología biomédica.
 - 3.6 Infección intrahospitalaria.

El producto de la investigación es publicado en la *Revista de Investigaciones en Seguridad Social y Salud*, una publicación anual que realiza el Grupo Funcional de Investigaciones.

Dentro de esta agenda el desarrollo de un Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud para Bogotá, cuyo eje central es la equidad, se vislumbra en su operación con una adscripción mixta (academia, ente territorial), con independencia y autonomía en el análisis, en el

cual el énfasis de equidad requiere la connotación de lo público con una función de intermediario ante la ciudadanía, con la generación de productos que sirvan para la toma de decisiones e impacte en la realidad de la Salud Distrital.

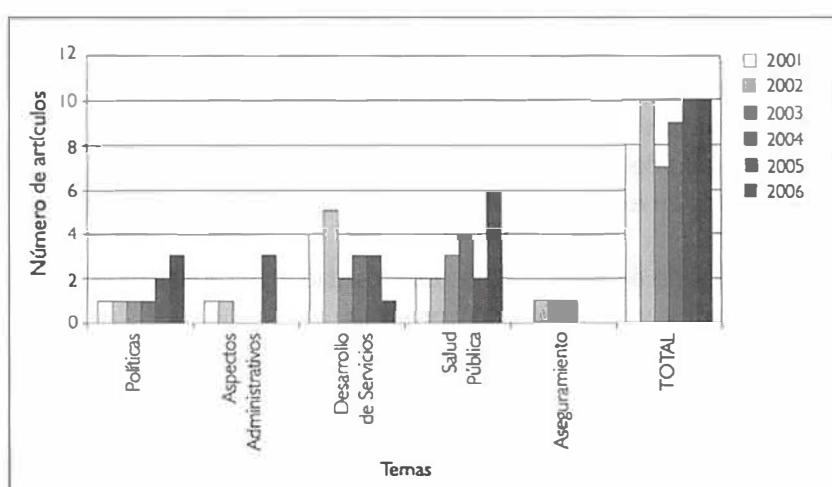
El observatorio deberá hacer auto-evaluación de sus productos, dado que quienes toman las decisiones utilizarán la información para actuar.⁸

Revista de Investigaciones en Seguridad Social y Salud, de la Secretaría Distrital de Salud

Publicación anual del Grupo Funcional de Investigaciones, la cual ha publicado siete (7) números con los resultados de las investigaciones adelantadas por grupos académicos y coinvestigadores de la Secretaría Distrital de Salud, durante el período 1999-2005.

Desde el 2001, los números del 3 al 7, se han publicado 44 artículos, así: 18 del área de Desarrollo de Servicios, con el 33%; y 19 de Salud Pública con el 35%, lo cual se detalla en el Gráfico 2.

GRÁFICO 2
ARTÍCULOS PUBLICADOS EN LA REVISTA DE LA SDS DE 2001 A 2005



⁸ Grupo Funcional de Investigaciones, Secretaría Distrital de Salud Bogotá, D.C., "Política de Investigaciones", documento de trabajo II, 2005, y acta de la reunión, GFI, 2006, Documento Agenda de Investigaciones SDS y página web SDS:

Es importante resaltar que, aún cuando se observa una significativa reducción del presupuesto de investigaciones de la SDS, comparativamente desde 1997 hasta el año 2005 el número total de investigaciones publicadas es similar, con tendencia al incremento en los dos últimos años. Esto se explica por el interés creciente en investigación y a esfuerzos de los autores, lo cual obliga a un replanteamiento de la inversión y a un fortalecimiento de la gestión de la Secretaría con los diferentes actores para incrementar la financiación de las investigaciones; se destaca el aumento de investigaciones en salud pública del último año.

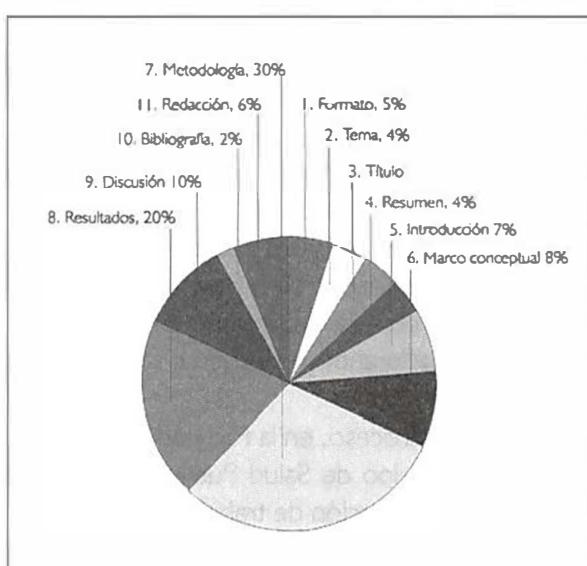
El GFI y los editores asociados de la Revista vienen trabajando para lograr el reconocimiento de esta publicación en los índices nacionales, para lo cual vienen estructurando un proceso sistemático de revisión por pares.

Como parte de este proceso, en la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario el Grupo de Salud Pública desarrolló en el 2003 el instrumento "Guía de evaluación de trabajos de investigación por pares", el cual fue probado y ajustado de acuerdo con las sugerencias de los diferentes investigadores.

Con base en este instrumento se han revisado los artículos de los números 5, 6 y 8, se han hecho ajustes al proceso, con un incremento de la exigencia en las revisiones y de la calidad de la investigación en la SDS, parte del mejoramiento continuo que desarrolla el GFI.

La Guía de evaluación por pares, desarrollada por la Universidad del Rosario, Grupo de Salud Pública y con la cual se han evaluado tres números de la Revista, tiene once secciones, con un peso específico diferencial representado porcentualmente en el Gráfico 3.

GRÁFICO 3
PESO PORCENTUAL POR SECCIÓN REVISADA



La revisión por doble par, con pares y autores anónimos (anónimo triple de la revisión) busca eliminar prejuicios por parte de los pares, más aún en un medio cerrado como lo es el de investigación en salud en Bogotá, permitiendo a los pares la evaluación con libertad y el máximo control de sesgos, especialmente los relacionados con el efecto Hawthorne (por modificación de conducta al conocer que está siendo observado), el efecto Rosenthal (autores conocidos de entidades prestigiosas se califican diferente, porque los pares pueden pensar que ellos envían todos los trabajos de gran calidad y viceversa), los falsos positivos, al permitir la publicación de artículos de baja calidad, y los falsos negativos, al rechazar artículos de buena calidad que aportan conocimiento y nuevas metodologías. [12-20]

El proceso de revisión por pares garantiza la calidad científica del artículo que será publicado, la corrección y mejoramiento del artículo previo a su publicación, la confidencialidad de la información contenida en él hasta el día de su publicación, la conservación del anonimato de los autores para sus pares y de los pares para los autores, y la eficiencia en el manejo de las comunicaciones entre pares y autores con el fin de hacer expedita la publicación del artículo. [21-25]

Para la revisión por pares de los artículos se toman las pautas de Lectura crítica de literatura médica, según las guías de JAMA, medicina basada en la evidencia y métodos epidemiológicos de investigación. [12-17, 19, 20]

El proceso de evaluación por pares se basa en los principios éticos de respeto a la dignidad humana y la autonomía, la beneficencia, la justicia y la confidencialidad, según Helsinki, la Ley 23 de 1981 y la Resolución 8430 de 1994, del entonces Ministerio de Salud.

De la experiencia de este proceso de revisión por pares se ha podido concluir:

- La implementación de un proceso estandarizado, con el apoyo de un formato único como el utilizado, ofrece como ventajas la garantía de calidad, mediante la disminución de sesgos de los observadores pares, mayor agilidad en el proceso de evaluación, especialmente en la presentación e interpretación de los resultados, facilita la toma de decisiones de publicación del manuscrito y permite comparación de trabajos en aspectos metodológicos, teniendo en cuenta las diferencias propias de cada tema, el diseño de la investigación y el punto de vista de los autores.
- Incluir un revisor adicional mejoró la calidad, debido a una mayor exigencia y la combinación de dos puntos de vista. Esto se reflejó en la rigurosidad de las calificaciones y en el cambio de los artículos durante el proceso. Como ejemplo tenemos que en la revista número 6 el promedio de las calificaciones de los artículos en la primera entrega por parte de los pares fue de 67,2%, 100 y en el número 8, de 58,84%, más por la exigencia de los evaluadores.
- Si bien es cierto que la técnica de evaluación por pares con anónimo triple, garantiza en medios cerrados o pequeños un mayor control de sesgos, libertad crítica del evaluador y evita contacto entre el evaluador y el autor, dadas las características particulares de algunas entidades o grupos de trabajo no es posible garantizar totalmente el anonimato de los autores, lo cual según estudios publicados en JAMA y el BMJ no sesgan el proceso ni interfieren de manera significativa en los resultados del mismo. [17]
- Es importante la promoción de cursos de capacitación en presentación y redacción de artículos entre los investigadores, patrocinados

por la Secretaría Distrital de Salud, con el apoyo de las universidades, para continuar con el fomento y el fortalecimiento de las investigaciones.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El marco de las políticas nacionales e internacionales establece lineamientos generales que llaman la atención sobre cómo fortalecer las capacidades de investigación a través de priorización de temas de investigación que ayuden a resolver los problemas fundamentales, mejoramiento del nivel de profesionales, establecimiento de redes, alianzas para la investigación a nivel de sectores públicos y privados, incentivar y favorecer la difusión y la divulgación de investigaciones, y mantener los principios éticos a todo nivel. [3]

Los sistemas políticos democráticos, como los vigentes en la SDS, deben valorar y apoyar decididamente el desarrollo de la ciencia y la tecnología como fuentes de progreso social y de enriquecimiento cultural. Por su parte, las comunidades de investigadores han de: (1) contribuir, especialmente en el caso de problemas en los que están involucradas, a la presentación de alternativas sobre las cuales la ciudadanía pueda informarse y pronunciarse, (2) tener en cuenta las opiniones de la sociedad y dialogar efectivamente con ella. [2]

La Secretaría Distrital de Salud ha ido construyendo su investigación en salud a través de los últimos años, en el marco de la Ley 29 de 1990 y del Plan Estratégico para Salud 1999-2002, con mayor énfasis en las Áreas de Salud Pública y Desarrollo de Servicios; ha generado espacios de debate y divulgación, como la Revista de *Investigación en Seguridad Social y Salud*, con un aporte significativo de la investigación en el cumplimiento del Plan 2004-2008.

La SDS debe fortalecer en el lineamiento de la investigación los procesos de evaluación del Plan y los ejercicios con la comunidad académica, para la búsqueda y priorización de los principales temas, avanzar en los procesos de construcción de capacidades de investigación, permitir un mayor aprovechamiento de la información disponible en bases

de datos del sector salud, a través del fomento de alianzas con grupos de investigación locales y universidades, con proyectos conjuntos que ayuden a entender y resolver los principales eventos del sector salud.

El mantener una adecuada comunicación entre los decisores y los investigadores implica buscar espacios de intercambio de puntos de vista, identificar los temas de relevancia para los decisores, entregar resultados oportunos, garantizar la calidad de las investigaciones y ayudar con evidencia en la toma de decisiones. De igual manera, es indispensable mejorar la confianza entre los investigadores y los políticos para poder avanzar en la búsqueda de soluciones a los principales problemas de salud. [18, 26]

AGRADECIMIENTOS

Al Grupo Funcional de Investigaciones de la Secretaría Distrital de Salud. A Cármela Cecilia Jáuregui y María Nancy Becerra.

BIBLIOGRAFÍA

1. GONZÁLEZ BECERRA, A., "El tránsito desde la ciencia básica a la tecnología: la biología como modelo", en *Revista Iberoamericana de Educación*, 2001, 18 (Ciencia y Tecnología y Sociedad ante la Educación).
2. UNESCO, "Declaración de Santo Domingo. La ciencia para el siglo XXI: una nueva visión y un marco de acción", 1999, Unesco-Montevideo, Montevideo.
3. UNESCO, "Conferencia Mundial sobre la Ciencia para el siglo XXI: un nuevo compromiso", Declaración de Budapest, 1999, Unesco, ICSU, Hungría.
4. UNITED NATIONS, The Millennium Development Goals Report, 2006, ONU, New York.
5. JARAMILLO, H., *Políticas científicas y tecnológicas en Colombia: evaluación e impacto durante la década de los noventa*, 2004, Cepal, Bogotá.

6. Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, "Lineamientos de política nacional para la gestión del conocimiento en salud pública", 2005, Colciencias-Ministerio de la Protección Social, Bogotá, pp. 123-194.
7. Instituto Colombiano para la Ciencia y la Tecnología, P.d.S., "Supporting the research priority setting process in Colombia using the combined Approach Methodology (Global Forum Project 07-2004)", 2005, Colciencias, Bogotá.
8. Instituto de Salud Pública, U.N.d.C., Colciencias, "Construcción de una agenda de priorización de investigación en salud-Memorias", 2005, Colciencias, Bogotá.
9. Concejo de Bogotá, Acuerdo 119: Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas para Bogotá, D.C., 2004-2008. "Bogotá sin Indiferencia: un compromiso social contra la pobreza y la exclusión, 2004", Bogotá, Título I , Art.I.
10. ORTEGA, J., "Política de Investigaciones", documento de trabajo II, 2005, y acta de la reunión No. 1, Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, D.C. Prioridades de investigación, 2006, Secretaría Distrital de Salud, Bogotá.
11. URREGO, Z.; MUÑOZ, M.; BELLO, N., "La investigación para la toma de decisiones en el Sistema de Seguridad Social en Salud", *Investigaciones en Seguridad Social y Salud*, 2000.
12. BEGG, C.; CHO, M.; EASTWOOD, S.; HORTON, R.; MOHER, D.; PITKIN, R.; RENNIE, D.; SCHULTZ,F.; SIMEL, D.; DTRUP,D., *Improving the quality of reporting of randomized controlled trials. The CONSORT statement*, JAMA, 1996, 276, pp. 637-639.
13. CAMPION, E.; CURFMAN, G.; DRAZEN, J., Tracking the Peer-Review Process Editorial", en *New England Journal of Medicine*, 2000, 343(20), pp. 1485-1486.
14. GUSTON, D., "The expanding role of Peer Review Process in the United States", en *Public Research Innovation and Technology Policies in the U.S.*, 2000(4-31).
15. HATCH, C.; GOODMAN, S., *Perceived Value of Providing Peer Reviewers with abstracts and preprints of related published and unpublished papers*, JAMA, 1998, 280(3), pp. 273-274.

16. ROVEN, S.; GODLE, F.; EVANS, S.; SMITH, R.; BLACK, N.; *Effect of Blindign an unmasking on the quality of peer-review*, JAMA, 1998, 280(3), pp. 234-237.
17. SHROTER, S.; BLACK, N.; EVANS, S.; CARPENTER, J.; GODLE, F.; SMITH, R. *Effects of trainning on quality of peer review: Randomized Controlled Trial*, BMJ, 2004, 328(7441), p. 673.
18. SIMMON INNVARER, G.; OXMAN, A., "Health policy-makers perceptions of their use of evidence", *Journal of Health Services Research Policy*, 2002, 7(239), pp. 239-244.
19. TERRENCE, M.; SHANEYFELT, M.; MAYO, SMITH; RHWANGL, J.. *Are guidelines following guidelines?: The methodological quality of Clinical Practice Guidelines in the peer-reviewed medical literature*, JAMA, 1999, 281, pp. 1900-1905.
20. WEBER, E.; KATZ, P.; WAECKERLES, J.; CLLAHAM, M., *Author Perception of peer-review. Impact of Review Quality and Acceptance and Satisfaction*, JAMA, 287(21), pp. 2790-2793.
21. Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, "Requisitos uniformes para preparar los manuscritos enviados a revistas biomédicas, en Salud Pública México, 1992, 1, pp. 94-102.
22. DRUMMOND, R., *Freedom and Responsibility in Medical Publication. Setting the Balance Right*, JAMA, 1998, 27(3), pp. 300-302.
23. GÉRVAS, J.; PÉREZ FERNÁNDEZ, M., *La revisión por pares en las revistas científicas*. Atención primaria, 2001, 27(6), pp. 432-439.
24. JAMA, *Instructions for Authors. Manuscript Criteria and Information*, JAMA, 2004, 291(1).
25. International Committee of Medical Journal Editors, "Uniform Requirements for manuscripts submitted to biomedical Journals: Writing an Editing for biomedical Publication".
26. SCHHL, I.; HAGEN, KB.; OXMAN, AD., "The unbearable lightness of health care policy making: a description of a process aimed at giving it some weight", en *Journal Epidemiology Community Health*, 2003, 57, pp. 483-487.

