

Sección: Comunicación especial

Programa nacional de investigación en salud pública y sistemas de salud.
Avances en capacitación¹Silvio Gómez Arango, M.D, M.P.H.², Alba Lucía Vélez Arango, M.S.P.³

RESUMEN

Se presentan los avances en el área de capacitación en investigación en salud pública y sistemas de salud, dentro del programa realizado por la Red Nacional de Investigación en Salud Pública y Sistemas de Salud (RENISS) y se plantea la necesidad de fortalecer el programa en el futuro con el fin de lograr un impacto medible a nivel regional.

Palabras claves: Capacitación. Sistemas de salud. Investigación en salud.

ANTECEDENTES

Colombia, como la mayoría de los países de América Latina, se encuentra actualmente en medio de serias transformaciones políticas y sociales, características del proceso de modernización: ritmo creciente de urbanización, expansión de la agricultura comercial, industrialización, surgimiento de nuevas formas políticas y sociales, desarrollo de los medios de comunicación, transformación del Estado y modificación de valores sociales y culturales¹. No todas estas transformaciones se han documentado y analizado debidamente en cuanto a su dinámica y su impacto sobre la calidad de vida de la población. En lo que respecta a la salud, tres procesos sociales afectan en forma seria las condiciones de salud de los colombianos: la transición demográfica y la transición epidemiológica, fenómenos correlacionados entre sí y que han tenido un fuerte impacto, sin documentar bien, sobre la dinámica de la salud en el país y los cambios en la respuesta social a través de la reforma de la seguridad social en salud.

LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

El Cuadro 1 muestra el comportamiento de las variables natalidad y mortalidad en Colombia para el período 1950-2000 y su resultante, los cambios en la expectativa de vida al nacer durante el mismo período. De 50.6 años en 1950 aumenta a 70.2 años para el año 2000, una ganancia de 20 años. La transición demográfica, producto de transformaciones sociales profundas que incluyen, entre otras, mejoría de las condiciones socio-económicas, atención en salud, educación, cambios de valores en cuanto a la función reproductiva, el tamaño de la familia y el significado económico de la prole, trae como consecuencia modificaciones en la estructura de la población por edad y sexo que configuran el "envejecimiento de la población" y, por tanto, cambios en los patrones de la mortalidad por edad y por causas: mayor número absoluto de defunciones acaecidas en edades tardías y debidas a enfermedades crónicas, de larga duración, incapacitantes y cuyo manejo significa por

lo general períodos prolongados de hospitalización y uso de tecnologías de difícil acceso y alto costo.

Cuadro 1
Tasas de Natalidad, Mortalidad y Esperanza de Vida al Nacer.
Colombia, 1950-2000

Quinquenio	Natalidad	Mortalidad	Esperanza de vida al nacer
1950-1955	47.27	16.68	50.62
1956-1960	45.41	13.32	55.14
1961-1965	44.24	11.48	57.91
1966-1970	41.63	10.06	60.04
1971-1975	43.49	8.71	61.64
1976-1980	32.76	7.63	63.95
1981-1985	29.19	6.31	67.16
1986-1990	27.38	6.08	68.24
1991-1995	25.81	5.91	69.24
1996-2000	23.97	5.75	70.24

Fuente: Las estadísticas sociales en Colombia. DANE pp. 91

LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Las modificaciones mencionadas en la estructura de la mortalidad por edad y por causas constituyen manifestaciones de la denominada "transición epidemiológica," que se debe a su vez en gran medida a la transición demográfica y sus determinantes sociales. Se trata de la serie de cambios complejos e interrelacionados entre sí en los patrones de salud y enfermedad que ocurren en las poblaciones humanas a través

1. Programa apoyado por COLCIENCIAS, contratos N° 054/95, 169/96, 214/96, 158/97 y 487/97.
2. Secretario Ejecutivo, Programa Nacional de Investigación en Salud, Universidad de Caldas, Manizales.
3. Profesora Titular, Secretaria Adjunta, Programa Nacional de Investigación en Salud, Universidad de Caldas, Manizales.

de períodos más o menos prolongados. Normalmente suceden en una secuencia que va de un patrón dominado por las enfermedades infecciosas y de la primera infancia, íntimamente asociados con pobreza, hacinamiento, desnutrición y falta de asistencia médica, a un patrón donde predominan las enfermedades crónicas. En el caso de Colombia, como en la mayoría de los países de ingresos medios, el proceso de transición no ha seguido un curso lineal. Por el contrario, no hay una secuencia cronológica entre la disminución de las llamadas "enfermedades de la pobreza" y el aumento de las mal llamadas "enfermedades de la civilización." Ambas coexisten y dan lugar a la "transición prolongada y polarizada."² En algunos sectores de la población rural y estratos de bajos ingresos, el perfil epidemiológico corresponde al período pretransicional con predominio de las enfermedades infecciosas y de la primera infancia como causas de morbilidad y mortalidad. Por el contrario, los sectores urbanos de altos ingresos presentan un perfil epidemiológico caracterizado por el predominio de las enfermedades crónicas. Es como la coexistencia de varios países en lo relativo a los determinantes sociales del estado de salud.

A los cambios que resultan de la transición demográfica se suman en Colombia tres fenómenos de alta repercusión en la carga de la enfermedad: el resurgimiento de enfermedades en cuyo control se habían obtenido logros importantes como malaria, dengue, cólera y tuberculosis; la aparición de nuevas enfermedades de alta importancia social como el sida y el surgimiento de la violencia entre las primeras causas de muerte y de la carga de la enfermedad en el país.

Reforma de la seguridad social

en salud. A partir de 1990, se inicia en el país una profunda transformación en los conceptos del papel del Estado en la vida nacional, cambio que se plasma en la nueva Constitución Política y en una serie de leyes que dan a las regiones y a los municipios una mayor participación en el proceso decisorio y especialmente en la ejecución de las políticas sociales.

La Ley 10 de 1990 sienta las bases de la transformación del sector salud, pues descentraliza la administración de los servicios, da fundamento legal a la constitución de los fondos locales de salud, refinancia el sector y eleva la salud a la categoría de servicio público. La participación social se legitima a través de los Comités de Participación Comunitaria y la representación de la comunidad en las Juntas Directivas de los Servicios.

La nueva Constitución Política (1991) ratifica los principios y el espíritu de la Ley 10, ordena la consolidación del proceso de descentralización y le otorga preeminencia a una serie de derechos sociales, entre los que figuran el derecho a la seguridad social y ratifica la atención de la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado.

La Ley 60 de 1993 distribuye las competencias y recursos entre las entidades nacionales y territoriales, define el situado fiscal y su destinación por parte de los municipios a áreas prioritarias de inversión social. El sector salud se fortalece con el aumento de los aportes y se consolida el proceso de reestructuración que comenzó con la expedición de la Ley 10 de 1990.

La Ley 100 de 1993 crea el "*Sistema General de Seguridad Social en Salud*" que cambia y reorganiza la prestación de los servicios de salud del país e integra la salud

pública, el sistema de seguridad social y la provisión de servicios privados. Es un sistema universal de aseguramiento que se establece mediante la "competencia regulada," mecanismo que promueve la eficacia y la calidad, en la provisión de los servicios. La Ley 100 plantea los siguientes principios como sus fundamentos centrales: equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

El proceso resumido antes constituye el comienzo de una verdadera revolución en el concepto del papel del Estado en la sociedad, en la distribución de responsabilidades en el manejo de las políticas sociales y específicamente en la aplicación en Colombia de un nuevo modelo de prestación de servicios de salud sin antecedentes en el país. La aplicación del modelo se basa en supuestos originados en consideraciones de orden teórico y experiencias de otros países. Estos supuestos se relacionan con la posibilidad de alcanzar, en un plazo determinado, las metas de cobertura universal, acceso a los servicios básicos, eficiencia del sistema y un nivel de calidad conforme a estándares preestablecidos. Los esfuerzos encaminados a aplicar la nueva legislación han puesto en evidencia una serie de interrogantes y vacíos para cuyas soluciones se hace necesario el aporte de la investigación con el concurso de diferentes disciplinas: epidemiología, ciencias sociales y del comportamiento, antropología social, economía y ciencias políticas.

Por las características de los procesos políticos, constitucionales y legales vividos en Colombia antes de la reforma de la seguridad social, viene como resultado final la expedición de la Ley 100 de 1993. La

experiencia colombiana se constituye en punto de referencia en los procesos de reforma de América Latina.

La investigación en salud y el desarrollo de los servicios de salud.

Los procesos sociales mencionados, transición demográfica, transición epidemiológica y reforma de la seguridad social en salud traen consigo la imperiosa necesidad de reevaluar la respuesta social a los retos presentados por las nuevas condiciones sociales y epidemiológicas y crear en el país la infraestructura capaz de acompañar los procesos y adaptar continuamente la respuesta social a las nuevas situaciones en el futuro. La producción de conocimiento y su aplicación a las condiciones del país constituyen la base de una estrategia a largo plazo tendiente a suministrar a la población colombiana servicios de salud adaptados a sus necesidades y de óptima calidad. Si la investigación en salud pública, y especialmente en sistemas de salud, constituyó en el pasado una necesidad no siempre comprendida, a partir de las nuevas reformas se ha convertido en un imperativo moral. Están en juego el destino de inmensos recursos nacionales y la expectativa de la población por una mejor salud.

**PROGRAMA DE
INVESTIGACIÓN EN SALUD
PÚBLICA Y SISTEMAS DE SALUD**

Con base en los considerandos anteriores, en el mes de enero de 1995 se llevaron a cabo conversaciones preliminares entre la Universidad de Caldas y Colciencias acerca de la necesidad de impulsar en Colombia la investigación en salud pública y sistemas de salud con el fin de adecuar la investigación en salud a las necesidades prioritarias del país y acompañar sobre

bases científicas el desarrollo de la reforma de la seguridad social en salud, actualmente en proceso de instrumentación en el país. En junio del mismo año se llevó a cabo en la sede de la Universidad de Caldas el Primer Taller de Identificación de Acciones tendientes a la Ejecución de un Programa de Investigación en Sistemas de Salud, con participación de la siguientes instituciones: Facultad Nacional de Salud Pública-Universidad de Antioquia, Universidad de Caldas, Universidad Industrial de Santander, Universidad del Valle, Universidad del Norte-Barranquilla, Universidad Javeriana, Dirección Seccional de Salud de Caldas, Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Ministerio de Salud, Fedesarrollo, Assalud, Fundación FES, Colciencias, Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Centro Internacional para el Desarrollo de Canadá (CIID).

El taller dio comienzo a una serie de actividades que culminaron cuando se presentó a consideración de Colciencias y del CIID una propuesta de programa tendiente a fomentar la participación activa de la comunidad científica en el desarrollo de la política nacional de ciencia y tecnología en salud en lo concerniente al campo de la salud pública y sistemas de salud. El Programa de Investigación en Salud Pública y Sistemas de Salud busca contribuir al mejoramiento del estado de salud de los colombianos mediante el fomento, promoción y desarrollo de la investigación y su utilización en la formulación, ejecución y evaluación de las políticas sanitarias. La estrategia se basa en estructurar la Red Nacional de Investigación en Salud Pública y Sistemas de Salud (RENISS) cuyas actividades están orientadas hacia el fomento de líneas de investigación, el desarrollo del talento humano y la asistencia técnica para

el diseño y ejecución de proyectos de investigación.

Durante los dos años iniciales, las actividades de la Red se han concentrado en capacitar a los investigadores del área académica y funcionarios de los servicios de salud mediante talleres que se basan en la metodología de "Aprender-Haciendo" diseñada por un grupo de trabajo técnico con el apoyo del Centro Internacional para el Desarrollo (CIID) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS)³, que se utiliza con éxito en América Latina y en otras regiones del mundo. El propósito general de los talleres es capacitar a profesionales provenientes de las universidades y de los servicios de salud de distintas ciudades del país en los fundamentos teóricos y procedimientos utilizados en la investigación en servicios de salud. Se espera que los participantes se familiaricen con el papel de la investigación y se capaciten en la utilización del método científico y de la información en la toma de decisiones durante sus actividades docentes y/o de servicio.

La responsabilidad del plan de capacitación recae en la Universidad de Caldas, sede de la Secretaría Ejecutiva de la Red, la Universidad Industrial de Santander, la Universidad del Valle y la Universidad de Antioquia cuya Facultad Nacional de Salud Pública tiene una vasta experiencia y un grupo de profesores altamente capacitados en este tipo de talleres y cuya participación en el planeamiento y ejecución ha sido fundamental en el buen éxito del programa. Se espera que los profesionales adiestrados en los talleres sirvan de multiplicadores y realicen actividades de capacitación en sus áreas de trabajo y que sigan los principios didácticos del taller modelo pero adaptando la metodología a las condiciones

locales.

Estructura y metodología del taller. El resultado final de la primera fase es el diseño de un proyecto de investigación sobre un problema identificado por los grupos participantes con anterioridad al taller y reconocido como prioritario por el servicio de salud. Durante ocho meses los grupos llevan a cabo el proyecto de investigación y al final se reúnen durante una semana para trabajar conjuntamente en el análisis de los datos. Luego cada grupo presenta el informe final y un artículo para publicación. La metodología es eminentemente práctica. La conferencia magistral se reduce al mínimo y se privilegia el trabajo en grupo con la asesoría de los colegas participantes y de un grupo de facilitadores provenientes de las universidades representadas.

Actividades. Las actividades desde octubre de 1996 y hasta la fecha comprenden:

1. Realización de las tres fases del Primer Taller así: primera fase (diseño) del 27 de octubre a 2 de noviembre y noviembre 24 al 30 de 1996; segunda fase (trabajo de campo) de enero de 1997 a febrero de 1998 y la tercera fase (análisis de datos) del 8 al 14 de febrero de 1998.

Resultados

Capacitación de 21 profesionales, distribuidos entre médicos, enfermeras, sociólogos y trabajadores sociales, funcionarios de universidades y servicios de salud. Diseño y realización de cinco proyectos de investigación. Todos los grupos participantes, elaboraron el diseño, obtuvieron apoyo y financiación de varias fuentes y realizaron el estudio. Actualmente están en la fase de la preparación del informe final y del artículo para publicación. El Cuadro 2, muestra los 5 proyectos terminados según fuentes de financiación. El presupuesto del taller contempla una

Cuadro 2
Primer Taller de Capacitación en Investigación en Sistemas de Salud.
Proyectos Realizados según Fuentes de Financiación

Título del proyecto	Ciudad	Dinero semilla	Otras fuentes	Total	% otras fuentes
Mortalidad por pneumonías en los menores de 5 años en el Silo 4	Cali	3'000,000	2'577,000	5'577,000	46.2
Evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica y riesgos de infección intrahospitalaria de pacientes quirúrgicos del Hospital de Caldas, Manizales, 1997	Manizales	3'400,000	14'270,300	17'670,300	79.8
Factores del cliente que determinan el uso de los servicios de salud en Bucaramanga	B/manga	3'000,000	5'985,000	8'985,000	66.6
Muertes prevenibles y calidad de la atención del trauma pediátrico	Medellín	3'000,000	2'880,000	5'880,000	48.9
Diagnóstico de patologías y uso de recursos para atención de salud	Bogotá	Sin datos	Sin datos	Sin datos	
Totales		12'400,000	25'712,300	38'112,300	67.0

partida para "dineros semilla." Es responsabilidad de los grupos obtener el apoyo de su institución y/o servicio de salud para realizar el proyecto y los fondos adicionales requeridos. Como se puede ver, la proporción de fondos obtenidos de otras fuentes varió de 46% a 79%, con un promedio para el total de 67%. Además de haber hecho factible la ejecución de los estudios, el proceso constituyó un aprendizaje para los grupos en el campo de la financiación de la investigación.

2. Realización de la primera fase del Segundo Taller de Capacitación del 28 de septiembre al 4 de octubre y del 19 al 24 de octubre de 1997.

Resultados parciales

a. Participación de 29 profesionales provenientes de las ciudades de Barranquilla, Bucaramanga, Cali, Manizales, Medellín y Tunja distribuidos entre médicos, enfermeras y trabajadores sociales, fun-

cionarios de universidades y servicios de salud.

b. Diseño de ocho proyectos de investigación que se encuentran actualmente en la fase de financiación.

Análisis de la experiencia. El modelo didáctico utilizado en el programa se basa en experiencias obtenidas por organismos internacionales (CIID-OMS) en diversas regiones del mundo donde se incluye América Latina (México, Costa Rica, Paraguay). Se han hecho modificaciones menores en la estructura del taller con el fin de lograr mayor eficacia en el uso del tiempo y un mayor nivel académico con la presencia más activa de la universidad. Es muy importante que la capacitación esté enmarcada en un programa amplio de fomento a la investigación y su empleo por parte de los niveles decisorios en el sector salud. Se trata de constituir

grupos de investigación alrededor de la universidad y los servicios de salud que lideren el proceso a nivel regional. La capacitación inicial por sí sola no basta. Es necesario el apoyo a los grupos a través de capacitación complementaria y asistencia técnica horizontal y fortalecer el trabajo en red. Sólo en esta forma será posible obtener un impacto a nivel nacional.

Una evaluación de resultados del programa en este momento sería prematura, pues únicamente se han realizado actividades de capacitación sin haber logrado todavía la formación de la masa crítica necesaria para esperar un impacto a nivel regional en términos de descentralización de la capacitación, fomento de la investigación y participación activa de los servicios de salud. Si se cuenta con los recursos adecuados,

un plazo razonable para comenzar a observar cambios cuantificables sería tres años a partir de la fecha.

Las actividades durante el período deberían incluir un tercer taller de capacitación a nivel nacional, seis talleres regionales, asesoría técnica y apoyo logístico a los grupos regionales. El fortalecimiento de la Red Nacional de Investigación en Salud Pública y Sistemas de Salud (RENISS) le dará al programa garantía de continuidad más allá del corto y mediano plazo.

SUMMARY

The National Program for promoting and teaching research in Public Health and Services is presented with goals accomplished. This program is within the National

Network supported by COLCIENCIAS and some Colombian universities. There is a strong need for strengthening this program looking for obtaining good results at regional level.

REFERENCIAS

1. Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud. *Salud para la calidad de la vida*. Bases para un Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud, Santafé de Bogotá, Colciencias, 1992.
2. Frennk J, Bobadilla JL, Sepúlveda y López L. Health transition in middle income countries: new challenges for health care. *Health Pol Plan* 1996; 4: 26-39.
3. Varkevisser CM, Pathmanathan J, Brownlee A. Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud. *Serie de Capacitación en Investigación sobre Sistemas de Salud*. Vol 2. Ottawa; CIID/OMS, 1995.