



# INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD

---

Memoria de las Primeras Jornadas  
Científicas en Salud Pública  
**Lima, Perú, Julio 2006**



## Editores

Carlos F. Cáceres  
Víctor Cuba Oré

---



UNIVERSIDAD PERUANA  
CAYETANO HEREDIA

Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca



**Alliance**

for Health Policy  
and Systems Research

CP  
WM  
100  
J73

Jornadas Científicas en Salud Pública (1° : 2006 : Lima, PE)  
Investigación científica y políticas públicas en salud : memoria de  
las I jornadas científicas en salud pública / Eds. Carlos F. Cáceres,  
Víctor Cuba Oré. Lima : Universidad Peruana Cayetano Heredia,  
Facultad de Salud Pública, 2007.  
1 v.

ISBN 978-9972-806-58-2

SALUD PUBLICA / INVESTIGACION / POLITICA DE  
SALUD / RECURSOS HUMANOS / ETICA

© de esta edición  
Universidad Peruana Cayetano Heredia  
Av. Armendáriz 445, Miraflores  
Lima 18, Perú  
Teléfono + 511 2416929  
Telefax + 511 2418334  
E-mail: 33595@upch.edu.pe  
www.upch.edu.pe/faspa/invussdh.asp

Primera edición: Diciembre 2007

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú: 2008-00077

**Editores:** Carlos Cáceres y Víctor Cuba  
**Producción general:** Ruth Iguíñiz  
**Diseño de carátula:** Antonio Zegarra y Fernando Olivos  
**Diagramación:** Antonio Zegarra  
**Impresión:** Grams Corporación Gráfica

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud de la Organización Mundial de la Salud en el marco del proyecto "Fortaleciendo Capacidades para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud con enfoque hacia el Género y los Derechos Humanos" de la Facultad de Salud Pública y Administración "Carlos Vidal Layseca" de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Las Jornadas Nacionales que le dieron origen, en Julio de 2006, también contaron con el apoyo organizativo de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; el Centro de Investigaciones Sociológicas, Económicas, Políticas y Antropológicas de la Pontificia Universidad Católica del Perú; la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud; el Instituto Nacional de Salud; el Consorcio de Investigación Económica y Social - CIES; el Foro de la Sociedad Civil en Salud; la Organización Panamericana de la Salud - OPS; y el Fondo de Población de Naciones Unidas - UNFPA.

# Índice

5 **Prólogo**

7 **Introducción**

## **EL PANORAMA INTERNACIONAL Y REGIONAL DE LA SALUD PÚBLICA Y EL PAPEL DE LA ACADEMIA**

13 1. Nuevos paradigmas globales sobre salud pública  
*Pedro Brito*

27 2. Los determinantes sociales de la salud: perspectivas para la acción  
*Eugenio Villar*

33 3. Centros, periferias, investigación globalizada y “ciencia nacional”  
*Carlos F. Cáceres y Walter Mendoza*

## **DE LA INVESTIGACIÓN A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD: RESPONSABILIDADES Y AGENDA**

47 4. El rol de la Academia en la formación de recursos humanos en investigación en salud; la experiencia brasilera  
*Antonia Angulo - Tuesta*

75 5. El rol del Estado en la investigación científica en salud y la transparencia en la información  
*César Cabezas Sánchez*

89 6. Avances y brechas en la regulación ética de la investigación en seres humanos en el Perú  
*Eduardo Falconí*

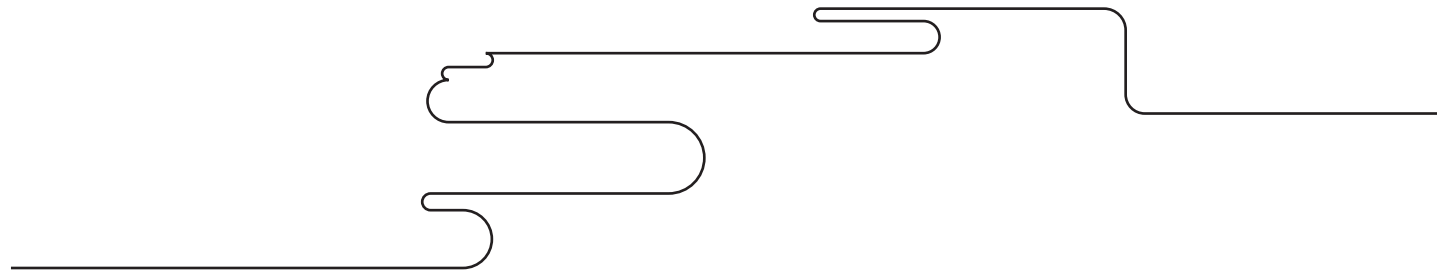
101 7. Agenda para una política de investigación en salud pública  
*Margarita Petrerá y Carlos Bardales*

## **Anexos**

112 Resúmenes de investigaciones por mesa temática

141 Lista de participantes

163 Sobre los autores





# Prólogo

---

Me es muy grato dirigir unas breves palabras que prologuen la Memoria de las Primeras Jornadas en Salud Pública, cuyo tema central es “Investigación Científica y Políticas Públicas en Salud”. Estas Jornadas demuestran el interés de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) en estos temas, y señalan también que estamos firmemente convencidos del papel fundamental que debe tener la Universidad como impulsor de las reformas en salud pública, dentro de un proceso que conduzca a facilitar un mejor entendimiento de estos temas a través de la investigación.

Parte del nivel de responsabilidad social de las universidades, se basa en el aporte reflexivo, dinámico e inteligente al análisis de las experiencias en investigación y en el aporte a la evaluación de programas y de su impacto en diversas áreas de la salud pública.

Cabe resaltar la iniciativa de las instituciones que tienen como objetivo formar recursos humanos en las áreas de la salud pública, con los enfoques de género, diversidad, salud integral, derechos de las personas y desarrollo humano para una investigación científica de calidad, análisis y diseño de políticas públicas y la gestión de proyectos y programas. La formación de investigadores y actores en el tema de salud es de la mayor importancia para la UPCH, no sólo en virtud de los aportes de la investigación en nuevos conocimientos sobre la realidad en esas áreas sino también porque resulta indispensable aunar esfuerzos para desarrollar una reflexión conjunta sobre los temas más importantes en salud pública, tal como ha sucedido en las Jornadas de Salud Pública.

Es claro que la salud pública ha adquirido una importancia creciente en distintos campos de acción e investigación, en tanto se la reconoce como una dimensión fundamental de la vida y el bienestar de las personas y de sus sociedades. Temas como los de equidad en educación, género, sexualidad, etnia, y clase social, deberían ser principios y metas del desarrollo que implica igualdad de oportunidades en el acceso a recursos, ampliación de capacidades y ejercicio pleno de los derechos humanos en el ámbito socio-político-cultural y en la vida cotidiana.

Dadas las situaciones de inequidad y problemas en materia de salud pública y global que no han sido superados, el comienzo de este siglo nos enfrenta a la necesidad de enfocar estos temas de una manera más creativa e integrada.

La Universidad Peruana Cayetano Heredia tiene una importante experiencia de formación de recursos humanos en salud pública adquirida en muchos años, donde la salud global está ocupando hoy un lugar particular. Así, en la década de los 80 llevó a cabo el programa de Administración en Salud y posteriormente, en el marco de la Facultad de Salud Pública y Administración (FASPA), se han desarrollado más de 15 programas académicos, la mayoría a nivel de postgrado, que le han permitido capacitar a más de 600 profesionales en los últimos años.

Estamos convencidos de que en el campo de la salud, necesitamos desarrollar recursos humanos que fomenten la innovación y la creatividad, el trabajo en equipo, y una cultura de calidad aunada a una perspectiva ética de servicio. Asimismo, debido a la enorme complejidad de las instituciones de salud, caracterizada por factores como la especialización médica, la incorporación de nuevos conocimientos y el surgimiento de nuevas enfermedades con sus peculiaridades epidemiológicas, el factor de conducción de procesos más globales adquiere gran importancia.

Con ese hilo conductor se han desarrollado iniciativas en el campo de la formación de recursos humanos y de la investigación en diversos temas relacionados a la salud pública que han permitido la actualización de profesionales y docentes interesados en nuevos enfoques conceptuales y metodológicos. La UPCH ha formado promociones de expertos de diferentes profesiones tanto en Lima como en otras ciudades del país, altamente calificados para atender la salud integral a través de intervenciones de promoción y prevención, mostrando liderazgo y creatividad e incluyendo las perspectivas de género, generacional, de derechos humanos y ahora, de salud global.

En ese contexto, los temas que se han presentado durante estas Jornadas, han resultado sumamente pertinentes para pensar el problema desde sus diversas aristas, pero siempre teniendo como eje la investigación con un enfoque desde la perspectiva nacional, pero globalizado, que contribuya activamente al desarrollo integral de los temas de salud pública que aquí se traten, como parte de la agenda en la generación de políticas y programas.

Termino con un reconocimiento a las autoridades de la FASPA, quienes han tenido esta importante iniciativa que, esperamos, con el correr de los años se haga la más importante manifestación de voluntad de ser de la comunidad peruana de investigación en Salud Pública.

**Fabiola León-Velarde**

Vicerrectora de Investigación

Universidad Peruana Cayetano Heredia

# Introducción

**Carlos F. Cáceres y Víctor Cuba**

Desde inicios de la década de los noventa, la relación entre la investigación científica y las políticas públicas se ha comenzado a consolidar como un tema clave en las discusiones internacionales sobre desarrollo. Una de las áreas privilegiadas para estas discusiones es, sin duda, la de la salud. Las experiencias de reforma de los sistemas de salud, impulsados durante los años noventa, y luego la creciente conciencia sobre exclusión social e inequidad en el acceso a la salud, en el marco de una visión de esta como un derecho, han impulsado estos procesos.

La globalización, particularmente en sus dimensiones económicas y políticas, ha llevado a la articulación, aún incipiente, de un discurso sobre 'salud global' en el que se perciben cambios en las actorías centrales de la salud internacional (con un creciente papel de las perspectivas económicas). Y también hay una discusión más clara sobre el impacto del desarrollo económico en la salud, cuya naturaleza problemática ha llevado a una conciencia sobre la necesidad de estudiar la desigualdad. Nuevos espacios han aparecido, como es el caso del Foro Mundial sobre Investigación en Salud, un foro anual que se centra en analizar los retos de la llamada brecha 10/90 (que describe que sólo el 10% de los recursos de investigación en salud se dedican al estudio de soluciones para problemas que afectan al 90% de la población mundial). Otros mecanismos de articulación son la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud (enfocada justamente en fomentar y apoyar investigación sanitaria política-programática en países en desarrollo) y la Comisión de Investigación en Salud para el Desarrollo.

Pese a una nutrida tradición de investigación en salud pública en el país, no hemos logrado consolidar un espacio periódico para compartirla y discutirla, incrementando su visibilidad y optimizando las posibilidades de su utilización en la formulación o revisión de políticas y programas.

La presente Memoria recoge las principales ponencias presentadas durante las sesiones plenarias de las Primeras Jornadas Científicas en Salud Pública llevadas a cabo los días 13 y 14 de Julio del 2006. Las Jornadas Científicas en Salud Pública (JCSP) tuvieron como objetivo reunir a investigadores, docentes, gestores, profesionales de las ciencias de la salud y sociales, funcionarios nacionales y regionales del campo sanitario

y social, organizaciones sociales, y agentes comunitarios de salud del país, con el fin de promover el intercambio científico-académico en el campo de la salud pública en el Perú y analizar las experiencias de investigación y/o evaluación de programas y su impacto en diversas áreas de la salud pública y las políticas públicas.

Las jornadas buscaron introducir y discutir el panorama actual de la salud pública en el ámbito nacional, regional e internacional, aportar a la agenda actual de preocupaciones y experiencias de investigación y evaluación en este campo desde la perspectiva de los diversos actores sociales, e iniciar un debate acerca de las posibilidades y limitaciones de las relaciones entre investigación y políticas públicas en salud a partir de experiencias concretas.

Esta reunión no habría sido posible sin la iniciativa de personas ligadas a Foro Salud que propusieron la realización de una reunión científica a continuación de la III Conferencia Nacional de Salud, felizmente acogida por un conjunto de instituciones académicas (la UPCH a través de la Facultad de Salud Pública y Administración y otras tres facultades: la de Medicina, la de Enfermería y la de Psicología; la UNMSM, a través de la Facultad de Medicina; la PUCP, a través del CISEPA), entidades públicas (MINSA a través de la Dirección General de Epidemiología y el INS), el Foro Salud, el CIES, y agencias cooperantes (OPS/OMS y UNFPA), que respaldaron su organización. Tampoco habría sido posible sin el aporte financiero del Segundo Fondo de Apoyo a la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud (otorgado por la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud – AHPSR y la OMS a la Facultad de Salud Pública y Administración de la UPCH), del Observatorio del Derecho a la Salud-CIES (apoyado por la Fundación Ford), de la OPS/OMS (que financió el viaje a Lima de varios de sus consultores), de la Dirección de Promoción de la Investigación, la Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano y otras instancias de la FASPA (que brindaron apoyo logístico), de las Autoridades de la UPCH (que abrieron generosamente el Campus Principal de la UPCH para albergar estas Jornadas) y del aporte de los ponentes y participantes.

Esta publicación está organizada en 2 secciones y anexos. La primera sección, "El Panorama Internacional y Regional de la Salud Pública y el Rol de la Academia", incluye trabajos por Pedro Brito, Eugenio Villar, y Carlos Cáceres y Walter Mendoza.

Iniciando esta sección se presenta el estudio de Pedro Brito *Nuevos paradigmas globales sobre salud pública*, tema que sirve al autor para reflexionar sobre el significado de la salud pública global y analizar los

problemas actuales relacionados con esta, como son la protección social y el derecho al acceso universal a la salud en tiempos del neoliberalismo.

A continuación, Villar analiza las experiencias de Suecia y Chile a la luz del enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud. Discute su importancia para la salud pública y los retos que enfrenta el sector salud en este campo, a nivel global. Llama la atención sobre el hecho de que solo el 2% de los gobiernos ha incorporado este importante enfoque en sus políticas de salud.

Cerrando esta sección, Cáceres y Mendoza analizan el papel del Estado y la Academia en el desarrollo de la investigación en salud con una mirada crítica a la situación de esta actividad en países considerados periféricos en la producción académica, como es el caso del Perú.

La segunda sección, "De la investigación a las políticas públicas en salud: responsabilidades y agenda", reúne trabajos por Antonia Angulo, César Cabezas, Eduardo Falconí, y Margarita Petrerá y Carlos Bardales.

En su artículo, *El rol de la academia en la formación de recursos humanos para la investigación en salud*, Antonia Angulo nos introduce al proceso formativo de las bases legales del sistema educativo y del sistema de postgrado en el Brasil a través de una minuciosa descripción de su historia, presente y perspectivas. Además de brindarnos información rigurosa sobre los recursos económicos y humanos destinados a la investigación en salud, el estudio ofrece un panorama completo de la situación de esta actividad en el Brasil.

La tesis de que la publicación, difusión y utilización de los resultados de las investigaciones, es una tarea tan importante como la investigación misma, es el planteamiento central en un interesante ensayo de César Cabezas, en el cual este enfatiza la importancia de la transparencia en el proceso de la investigación científica en el Perú. Dicha transparencia, al fortalecer la relación entre el Estado y la Sociedad, no solo asegura una gestión pública eficaz sino también fortalece la democracia.

A continuación, Eduardo Falconí desarrolla el tema de la investigación experimental en seres humanos en el Perú a través de un balance sobre los avances de la regulación ética en esta área durante los últimos años de la gestión del gobierno de Alejandro Toledo. Describe los complejos retos de la eficaz puesta en marcha de un sistema de regulación ética en el país, entre los cuales sobresalen, sin duda, los planteados por los conflictos de interés.

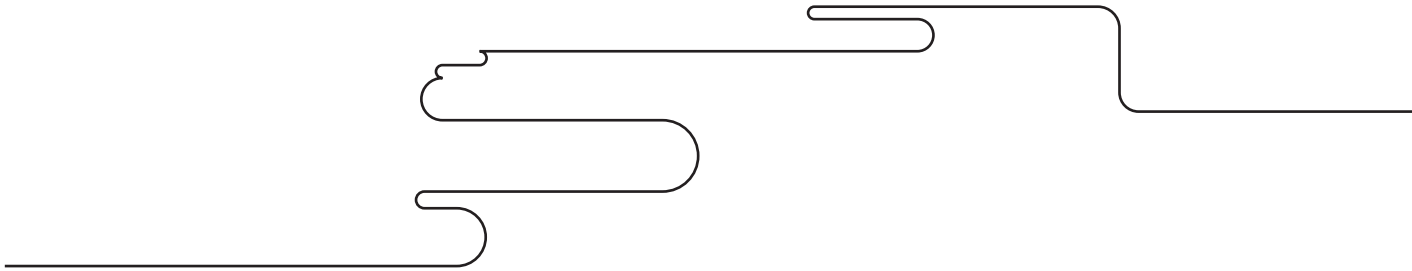
Finalmente, Bardález y Petretera, presentan un resumen del estudio “Elaboración de una agenda de investigación en salud pública a corto plazo” que analiza la situación de la investigación en salud en el sector público en el Perú desde una perspectiva de establecimiento de prioridades nacionales.

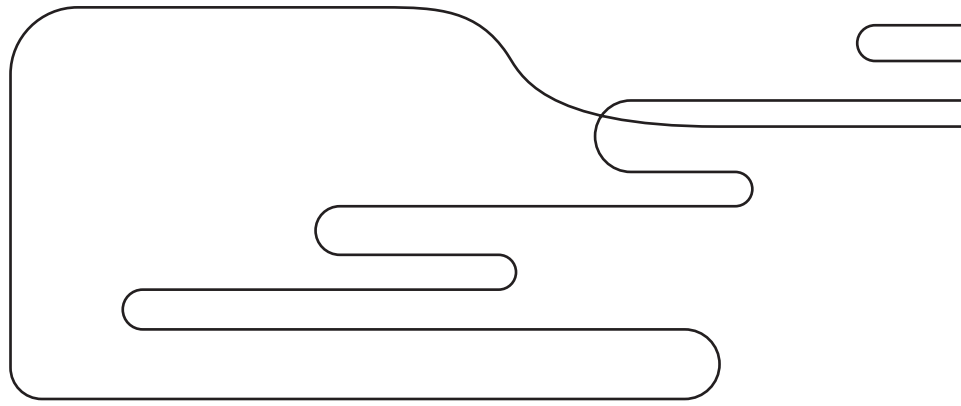
Cierran el volumen dos anexos, uno con la relación de 24 mesas temáticas desarrolladas en el marco de las Primeras Jornadas, incluyendo resúmenes de los trabajos presentados en cada una de ellas; y el otro, con la relación de todos los y las participantes inscritos en las Jornadas.

La organización del programa científico no habría sido posible sin la colaboración de la profesora Rocío Valverde, quien con un criterio cuidadoso organizó las ponencias recibidas en un conjunto de mesas temáticas que mostró la seriedad del trabajo realizado en el país y augura una expansión significativa del campo.

Confiamos en que este sea un primer paso para la organización periódica de reuniones científicas nacionales en salud pública, cada vez más descentralizadas y representativas de la producción científica en esta área. Confiamos también en que las discusiones de índole más política en torno a la investigación en salud pública contribuyan también al desarrollo de políticas nacionales de investigación en nuestro campo.

# **El panorama internacional y regional de la salud pública y el papel de la Academia**







# Nuevos paradigmas globales sobre Salud Pública

**Pedro Brito**

La experiencia desde la investigación en salud pública nos lleva a reconocer la importancia de establecer vínculos entre quienes producen conocimientos y quienes utilizan estos conocimientos, debido principalmente a que la información producida puede tener un impacto muy positivo en las organizaciones. Sin embargo, las decisiones que vienen de las políticas públicas se toman, generalmente, en un plano de tensiones, entre valores y principios y, por otro lado, desde intereses muy concretos y a veces contrapuestos de los actores. Pero en la tarea de la formulación de políticas públicas es, en todos los casos, indispensable la disponibilidad del acceso a la información y el conocimiento.

El hecho de fortalecer uno de los factores que determinan las políticas públicas (valores y principios, intereses de los actores y conocimiento e información), ayuda mucho a que se formulen políticas públicas con responsabilidad, que sean sostenibles y que, en última instancia, beneficien a la población. Por esta razón, este artículo se dividirá en tres partes: La primera, desarrollará algunas reflexiones personales sobre lo que podemos denominar la disciplina de la salud pública; la segunda se centrará en la definición de salud pública y algunos efectos en torno a lo que ahora se llama la "salud pública global"; y la tercera, planteará algunas ideas sobre dos temas, solo a título de ejemplos que desde la perspectiva del pensamiento de salud pública global y las políticas públicas son de la mayor importancia en este momento.

No estoy muy convencido de que estemos atravesando un proceso de transformación de paradigmas en salud pública, acorde con la idea de revolución científica de Thomas Kuhn<sup>1</sup>; tampoco creo que, si este se diera, cambiaría significativamente la situación de los problemas y cuestiones en la salud pública actual. Creo que lo que ha cambiado en la salud pública es el contexto que la define en cada momento y no la estructura ni contenidos esenciales de la práctica y función social de esta disciplina. Por lo tanto, voy a plantear algunos elementos de lo que estamos viviendo para, desde allí, poder analizar si estamos o no en un cambio paradigmático.

## 1. ¿De qué hablamos cuando hablamos de Salud Pública?

Existen muchas definiciones sobre salud pública. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) trabaja con una definición bastante sencilla que intenta acercarnos a una síntesis de las definiciones clásicas: la salud pública es “el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de carácter colectivo” (OPS/OMS, 2002). Cuando hablamos de la sociedad nos estamos refiriendo a la sociedad civil y al Estado.

Hay coincidencias en aceptar que en la salud pública hay tanto un componente teórico como un componente práctico social. El componente teórico es evidentemente interdisciplinario y transdisciplinario. Lo que podemos notar en la salud pública es un encuentro, y a veces un encontronazo entre las disciplinas. Por otro lado, quienes practicamos la salud pública en sus diferentes etapas y variantes, desde una perspectiva definida por la sociología de las profesiones, nos preguntamos si somos una respetable profesión o si solamente somos practicantes de un noble oficio.

En muchos países de América Latina no hay un reconocimiento explícito ni formal del estatus científico y social de quienes practicamos la salud pública. A pesar de que muchos de quienes trabajan en el sector público provienen de la medicina, de la economía o de la sociología, que son profesiones que ya han sido aceptadas socialmente, esto no necesariamente otorga un estatus de profesión a la salud pública, ni conlleva una validación de parte del Estado o el reconocimiento de la sociedad.

Más allá de estas cuestiones sociológicas que son importantes, ahora me gustaría decir algo sobre la orientación de nuestra práctica. Quiero pensar que estamos asistiendo a un proceso de progresiva politización de la salud pública. Creo que en la década de los 70, y en eso podemos estar de acuerdo, nuestra salud pública, la que practicábamos en este atribulado país, tenía un componente histórico de misión pero también de administración de servicios muy fuerte, sobre todo de administración de hospitales. Recordemos que en esa época el Perú llegó a tener la más importante escuela de administradores de hospitales de América Latina.

En esa década había, por tanto, un significativo número de administradores generales de servicios de salud y sobre eso se asentaba la organización de la red de servicios y la gestión de hospitales y centros de salud. Las décadas de los 80 y 90 conformaron una época marcada por los procesos de reforma del

Estado y del sistema de salud. Esa reforma estuvo influenciada por el modelo llamado neoliberal propuesto en el informe del Banco Mundial del año 1993, que orientó la mayoría de procesos de reforma en los países de América Latina y el Caribe. La de esa época fue una salud pública muy debilitada por la hegemonía de un pensamiento económico fundamentalista en las virtudes de los mercados. El Estado abandonó sus responsabilidades como garante de la salud de la población (que en buena medida significa que abandonó la salud pública) y esto llevó al deterioro de políticas, servicios, programas, intervenciones y prácticas de salud pública.

Rudolf Virchow señalaba ya, a mediados del siglo XIX, en medio de un proceso social y político convulsionado por las revoluciones contra el absolutismo europeo –lo que influyó sobre la naturaleza de la medicina y sobre la naturaleza de las políticas de salud pública– que la política pública de un gobierno no hacía otra cosa que el ejercicio de la medicina a escala social. . Yo creo que este fue un hito muy importante en la historia de la salud pública. Nos da una idea clara de la determinación histórica y social de lo que ahora nosotros estamos reconociendo y analizando como determinantes sociales de la salud y de la acción política en el campo de la salud. Lo que vivimos actualmente es la reconstrucción de una salud pública deteriorada por las reformas de los sistemas orientadas por los mercados y la transferencia de responsabilidades al individuo. En esta reconstrucción se debe vincular la salud pública con otras políticas públicas (de allí la importancia del planteo de determinantes sociales). Por eso hablo de politización de la salud pública. Sin embargo, también hablo de politización al referirme al necesario entendimiento de que las políticas públicas nacionales se definen en el juego dinámico de fuerzas y poderes políticos, económicos y simbólicos dentro del país, pero cada vez más por aquellos que provienen de afuera, en y desde la globalización.

## 2. La Salud Pública global

Ahora será importante analizar algunos elementos del contexto actual. Ron Labonte se refiere a la globalización como “un proceso por el cual las naciones, las empresas y las poblaciones están más conectadas e interdependientes en el mundo, por medio de una mayor integración económica, intercambio de comunicaciones, difusión cultural (especialmente de la cultura occidental) y de los viajes internacionales...”<sup>2</sup>. Labonte también dice que tal vez el elemento determinante de lo que ocurre en el mundo, en este escenario global, es el cambio de estructura del poder ejecutivo. Y esta es una visión importante para explicar el cambio en la política pública de un Estado.

Desde una mirada de América Latina, la globalización nos refiere a una etapa del desarrollo del capitalismo global que hoy por hoy es la orientación económica dominante. Esto remite a la gran movilización no solamente de la economía mundial sino también de la estructura mundial del poder político, ocurrido desde la caída del Muro de Berlín y la desaparición de las sociedades de economías socialistas.

Asistimos a una liberalización y a un mayor dinamismo del capital, con una transnacionalización de los mercados financieros, pero también con un conjunto de cambios muy importantes en la fuerza del trabajo. En un mundo donde los mercados se han extendido a escala global, donde los transportes y los viajes se han multiplicado, también se han generado cambios y restricciones en los mercados laborales.

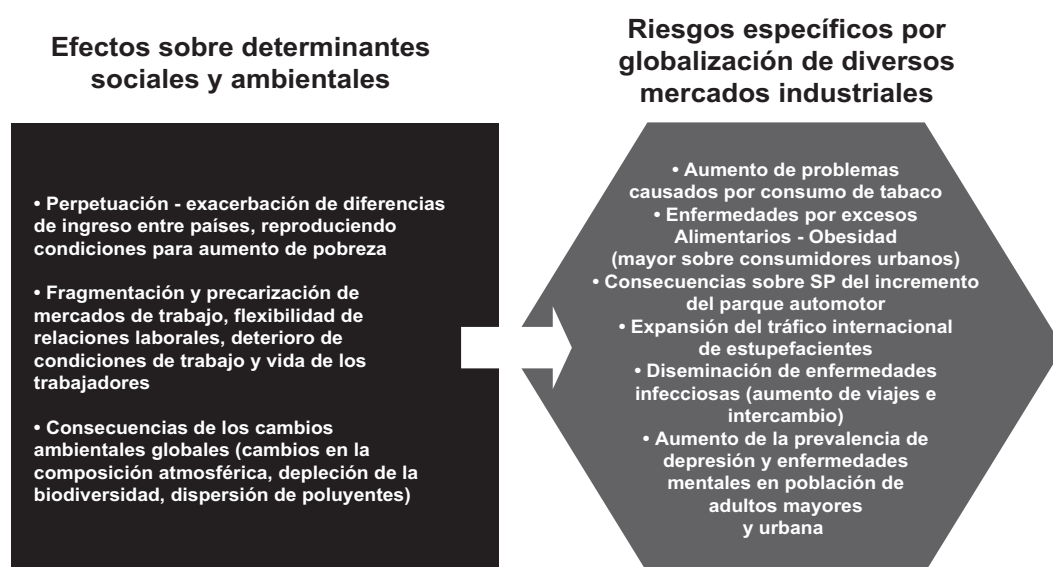
Cuando se hace un balance de la globalización hay aspectos positivos y aspectos negativos, así como también hay ganadores y perdedores. Desde el punto de vista de la salud pública preocupan los impactos negativos de la dinámica global sobre la vida individual y colectiva, en especial los que derivan de un mayor crecimiento de la pobreza y la diferenciación social, sobre todo en países de nuestra región. Es lo que ha sucedido, aunque de manera diferenciada, en casi todos los países de América Latina desde los años 80 hasta la actualidad en relación con los procesos de ajuste estructural y las reformas del Estado.

Aquellos que abogan por las bondades de la globalización nos dicen que, felizmente, la revolución de las tecnologías nos trae la posibilidad de un crecimiento del comercio, lo que a su vez es un factor importante para el crecimiento económico, que traería más riqueza y que, en un proceso de difusión, de chorreo, generaría posibilidades para superar las condiciones de pobreza, de mejorar las condiciones de salud y entrar en un círculo de mayor crecimiento y así seguir creciendo. Pero quienes son críticos nos alertan que estamos asistiendo también a una rápida diseminación de enfermedades y a un crecimiento de los riesgos, muchos de los cuales aún desconocemos.

Una de las causas del nuevo escenario de las relaciones internacionales tiene que ver, por un lado, con el proteccionismo de determinados sectores económicos de los países centrales que afectan negativamente la posibilidad de satisfacer las necesidades de crecer que tienen los países exportadores de materias primas, para así acceder a los beneficios del "paradigma" de la globalización, es decir, la liberalización de mercados.

Existen regulaciones de comercio global que tienen significativas implicancias en la salud pública y las políticas públicas. En muchos casos, delimitan la capacidad de intervención del Estado en el ámbito sanitario. Cada vez más se tiene que pensar que existe una menor autonomía de los Estados para definir sus propias políticas, no solamente por la influencia de marcos globales y de los flujos de recursos internacionales, sino también porque la realidad misma hace que la interdependencia entre los países y los Estados sea mayor. En el siguiente gráfico (figura 1), podemos observar algunos efectos de la globalización sobre variables sociales y ambientales.

**Figura 1. Riesgos, Globalización y Salud Pública**



Fuente: Mc Michael y Beaglehole, OMS, 2003

En este escenario globalizado se está reconsiderando la salud pública en una perspectiva muy amplia, y estamos asistiendo a un debate sobre lo que algunos llaman "salud pública global", que más allá de las naturales discusiones de semántica, tienen que ver con la reconfiguración del sistema político, de la gobernanza de la salud pública a nivel global.

Hay algunos elementos de ese escenario global que merecen ser revisados. Por un lado se asiste, en el marco de las relaciones internacionales, a una confrontación entre unilateralismo y multilateralismo. El multilateralismo es una noción institucional que se constituyó al término de la segunda guerra mundial y que tiene como su expresión más clara el sistema de Naciones Unidas, que es una especie de cooperativa de países que, con base en

la definición conjunta de un plan de trabajo de parte de sus miembros, desarrolla acciones que en última instancia, pueden beneficiar a todos.

Sin embargo, la dinámica de las economías y el cambio de la estructura de poder global hace que existan poderes fácticos que están negando la validez de esa noción y que contestan la existencia de este pacto internacional. Esta reacción se expresa en la negativa a aceptar pactos internacionales vinculantes que podrían, por ejemplo, proteger el medio ambiente.

De otro lado, se ha generado un mayor protagonismo de la salud en la arena política global. Es importante reconocer, dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el compromiso global de lucha contra la pobreza suscrito por 180 países del mundo en el año 2000, y la centralidad de la salud en esa agenda. De los ocho Objetivos Generales del Milenio, tres tienen que ver directamente con el tema de salud. Como consecuencia de ello, el debate que se abrió en la Comisión de Macroeconomía y Salud impulsada por la OMS, permitió repensar el lugar de la salud en el marco del desarrollo humano sostenible y el papel que una mejor salud puede tener en el desarrollo económico, y también a la inversa, cómo un desarrollo económico que priva a las mayorías de los beneficios del desarrollo, definitivamente tendrá resultados negativos para la salud.

La cooperación internacional para la salud era antes responsabilidad casi exclusiva de la Organización Mundial de la Salud, y ya no lo es más. Ha cambiado un conjunto de relaciones entre agentes y actores. Aparecen nuevos y diferentes actores como organismos privados, organizaciones filantrópicas, instituciones privadas, consultoras, ONGs y otros. En el cada vez más complejo escenario de la cooperación internacional en salud, existen hoy alrededor de 150 iniciativas, fondos y plataformas globales para apoyar la salud, algunas con presupuestos mayores que los que posee la OMS. Esta información indica que se están privilegiando los temas de salud pública, lo que no ocurría hace diez años.

Un conjunto de procesos en el mundo justifican este cambio. Hay un gran debate sobre los enfoques con los cuales se hace planeación para la salud pública en los organismos de cooperación internacional, multilaterales o bilaterales. Se contraponen la modalidad de planeación de medio y largo plazo buscando efectos de cambio estructural amplio, con un enfoque mucho más de aproximación más específica, buscando impactos micro con base en intervenciones efectivas pero de poco alcance. Es decir, hay un choque entre los enfoques llamados Big Plan vs Piece Meal. El último, basado en experiencias a nivel micro, plantea que en un proceso

de intervención progresiva y acumulativa se podría tener un impacto relevante sobre la salud de la población.

Otro elemento importante que hay que tener en cuenta en esta discusión sobre los factores de la salud global es el potencial impacto benéfico de una nueva gobernanza global sobre las intervenciones en salud. Hay varios ejemplos de ello: uno es el Convenio Marco para el Control del Tabaco que fue suscrito por la mayoría de países que participan en la Organización Mundial de la Salud; otro es el nuevo Reglamento Sanitario Internacional que nos va a permitir mejorar las posibilidades de los sistemas de vigilancia epidemiológica y de otros procesos de la salud pública.

Hay experiencias que son nuevas. Por ejemplo, la que se tuvo con la epidemia del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) o la polémica que se ha dado alrededor de los preparativos ante la amenaza de una pandemia de influenza aviar. Se está revitalizando el debate sobre el derecho a la salud mundial, se tiende a reconocer la contribución de los recursos humanos y se reconoce cada vez más la necesidad de ampliar la mirada sobre las condiciones estructurales en las que las poblaciones se desarrollan.

Estas situaciones deben ser analizadas con una mentalidad muy abierta. Por ejemplo, merecen atención las iniciativas de cooperación internacional del gobierno cubano, que incluyen experiencias de formación masiva de profesionales en Cuba con un impacto muy grande sobre la política pública; igualmente, la cobertura de los beneficios sociales y de salud de los migrantes que debe ser preocupación de todos los países. Todo ello requiere que se piense en la salud pública desde una perspectiva global, recordándose que constituye un componente clave de la seguridad humana y, a nivel colectivo, un factor esencial de gobernanza global.

### **3. Dos cuestiones problemáticas en el debate actual**

La posibilidad de que la salud pública influya sobre prácticas individuales responsables en un marco de promoción de la salud y responsabilidad social permitirá sentar las bases de lo que se podría llamar ciudadanía sanitaria nacional y global. Por eso, es importante reflexionar sobre dos cuestiones que resultan problemáticas en el debate actual. Una de ellas es la protección social en salud y el acceso universal a servicios de salud y lo que puede hacerse para lograr este objetivo. El otro, de gran actualidad en nuestro país, tiene que ver con el Tratado de Libre Comercio, que visibiliza los temas de acceso y de la regulación de bienes públicos globales.



## PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD Y ACCESO UNIVERSAL

Es difícil pensar la cuestión del derecho a la salud y la protección social si uno no analiza el contexto de América Latina. En los últimos 20 años, el desarrollo económico y social de la región se ha caracterizado por luces y sombras. En el plano de las luces, los países han avanzado en desarrollar una institucionalidad que les asegure una macro-economía más estable. Estamos en el quinto año consecutivo de crecimiento del producto bruto interno, con avances en la reducción de la inflación y el control del déficit fiscal. Hay un mayor dinamismo exportador, y un aumento de las inversiones extranjeras y de la productividad en sectores dinámicos de la economía y, aunque leve, un aumento del gasto social.

En el plano de las sombras, hay un conjunto de asuntos que desde hace mucho tiempo están en el debe, que no se han resuelto todavía. Se ha tenido un crecimiento económico lento e inestable. Se mantiene una alta dependencia de financiamiento externo en economías muy sensibles a las crisis y cambios de los mercados financieros globales, como han mostrado los casos de México y Brasil y la reciente crisis de Argentina.

El desempleo ha sido la marca registrada del ciclo económico durante los últimos 20 años en América Latina, con un crecimiento sostenido de la informalidad. Recordemos que siete u ocho de cada diez empleos creados en los últimos cinco años han sido creados en el sector informal de servicios. Las cifras de empleo y desempleo de los últimos 30 años muestran que el 50% de la economía en América Latina se ubica en el sector informal. Lo que muestra la Figura 2 es que la pobreza no ha mejorado ni en términos absolutos ni en términos de salud en América Latina.

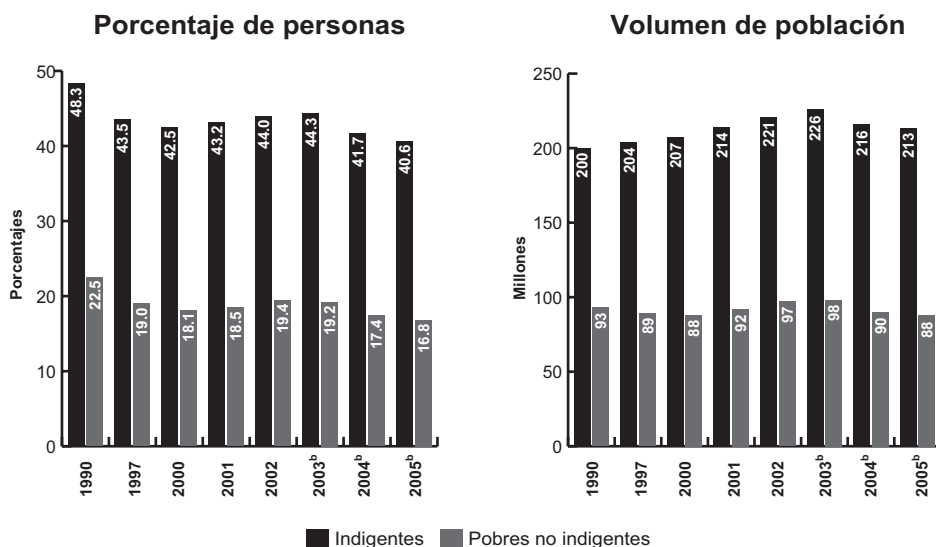
Otro elemento importante a considerar es que América Latina es una región muy desigual e inequitativa. Si se observa la distribución de ingresos en la región, como puede notarse en la Figura 3, resalta que la región de América Latina y el Caribe es la más desigual en términos de desarrollo.

En la Figura 4 se muestra que si bien ha habido un crecimiento del gasto social, relativamente modesto, este se explica por el aumento del gasto de seguridad social y un poco menos por el de educación. En cambio, el gasto en salud ha disminuido.

En este contexto tenemos que preguntarnos qué perspectivas tenemos para lograr que la gente tenga una protección social de sus necesidades de salud. El modelo que ha estado vigente ha sido el de apostar a la seguridad social sobre bases contributivas. Sin embargo, el empleo no ha



**Figura 2. América Latina: Evolución de la pobreza y de la indigencia, 1990 - 2005<sup>a</sup>**

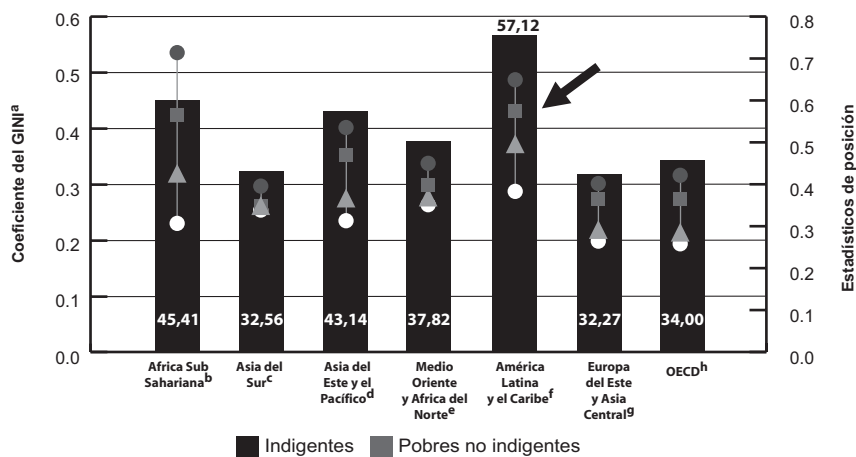


**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

**a** Estimación correspondiente a los 18 países de la región más Haití. Las cifras colocadas sobre las secciones oscuras de las barras representan el porcentaje y número total de personas pobres (indigentes más pobres no indigentes).

**b** Cifras proyectadas.

**Figura 3. América Latina y el Caribe: La región más desigual del mundo**

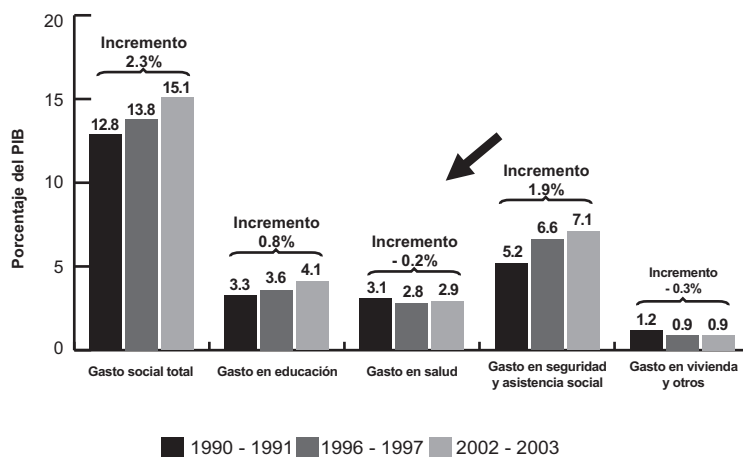


**Fuente:** Banco Mundial, World Development Indicators y CEPAL.

**a** Promedio regional ponderado por la participación de la población de los países en sus respectivos totales regionales. Para cada país se utilizó el coeficiente de Gini más reciente dentro del periodo 1985-2004,

**b** 30 países, **c** 5 países, **d** 12 países, **e** 8 países, **f** 20 países, **g** 27 países, **h** 22 países.

**Figura 4.** América Latina y el Caribe: Evolución del gasto social por sectores como fracción del producto interno bruto en 1990 - 1991, 1996 - 1997, 2002 - 2003<sup>a</sup> (en porcentajes)



**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de información proveniente de la base de datos del gasto social de la Comisión. Las cifras están actualizadas al segundo trimestre del año 2005.

**a** Promedio ponderado de los países que tienen toda la información sobre gasto social en los periodos considerados, motivo por el cual los valores pueden no coincidir con otros gráficos y cuadros. Debido a que las cifras se presentan redondeadas, los porcentajes no necesariamente suman el total correspondiente.

cumplido su papel como el mecanismo que se esperaba para expandir la protección social. La cobertura de la seguridad social es baja, lo que incide en la exclusión social y, por otro lado, la desigualdad en la distribución de los ingresos se ha traducido en desprotección social.

Las reformas de los 90, desde la perspectiva de la seguridad social, apostaban a un crecimiento del empleo que se iba a generar por la adopción de un modelo de exportación que no se dio como se esperaba. Se esperaba expandir la cobertura mediante una mayor relación entre empleo y protección a través de la formalización del mercado laboral y poniendo el énfasis en incentivos monetarios y en la eficiencia más que en mecanismos de solidaridad. A pesar de las reformas, la cobertura contributiva en la seguridad social no mejoró en muchos países y, por el contrario, empeoró. Hay mucho trabajo por hacer todavía en términos de mejorar la contribución y también la cobertura social de los sectores informales urbanos y rurales y del sector de mujeres.

Existen muchas limitaciones para seguir apostando únicamente por un modelo de expansión de la cobertura de la seguridad social y la protección social sobre las bases contributivas. La siguiente información nos indica la

magnitud de la situación de la exclusión social en salud que es, tal vez, el principal problema que tenemos con respecto a la salud pública en América Latina: De los 500 millones de personas que viven en América Latina y el Caribe, casi la mitad (230 millones de habitantes, lo que hace un 46%) no cuenta con un seguro de salud. El 25% (125 millones de personas) no tiene acceso permanente a servicios básicos de salud; el 17% de los nacimientos no tienen atención de personal de salud calificado. Casi 700,000 niños no completan su programa de vacunación cada año y 152 millones de personas no tienen acceso a agua potable y saneamiento básico. Por lo tanto, tenemos un gran desafío para superar la exclusión social en salud.

Las previsiones apuntan a que no existe la posibilidad de que en el corto o mediano plazo el empleo pueda ser el mecanismo exclusivo de acceso a la protección social. Son muchas las limitaciones de los mecanismos contributivos, pues la escasez de fuentes de trabajo formal lo impide. Las bases contributivas son insuficientes y se requiere una adecuada combinación de incentivos y de mecanismos de solidaridad, es decir, hay que incluir en la ecuación otras bases no contributivas. Hay que recurrir a una adecuada combinación de incentivos y solidaridad para enfrentar los cambios en la demografía, la epidemiología y en la estructura de la familia. Es necesario revertir la fuerte inequidad en el acceso a los servicios de salud en la región y para ello se requiere superar la segmentación social y la fragmentación institucional de los sistemas de salud. De lo que se trata es de garantizar el derecho a la salud, el derecho social y el estatuto de ciudadanía en salud.

En muchos países se aprecia un componente elevado de gasto de bolsillo en salud, con una relativa baja contribución del gasto público. Por ello, lo que se está promoviendo en la Organización Mundial de la Salud, la Organización Internacional del Trabajo y un grupo de países, son nuevas estrategias públicas para expandir la protección social, haciendo una combinación de bases contributivas -es decir, seguridad social- y bases no contributivas. Se trata de buscar nuevas formas de financiamiento que tengan que ver con mecanismos más solidarios que impliquen una mayor responsabilidad del Estado. Lo que se plantea con este tema es trabajar un conjunto de problemas que están dentro de la problemática de la salud pública en nuestros países, que tal vez vale la pena enfocar en un contexto de investigación en salud pública.

Por ejemplo, el Seguro Universal Materno Infantil SUMI de Bolivia es un mecanismo no contributivo que, en última instancia, contribuye al aseguramiento y a la protección social. Permite ampliar la cobertura junto

a iniciativas comunitarias y la búsqueda de mecanismos que nos permitan bajar la segmentación y disminuir la fragmentación de otro sistema de salud. Como esta, existen muchas experiencias en América Latina.

## SOBRE EL IMPACTO DE ALGUNOS ACUERDOS COMERCIALES SOBRE LA SALUD

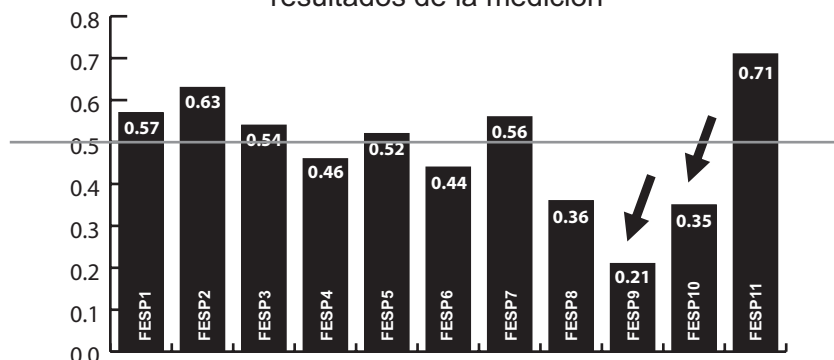
Los nuevos acuerdos comerciales entre países, traídos por la globalización, y enmarcados en las discusiones en el seno de la Organización Mundial de Comercio y en las interacciones entre organizaciones económicas de los diversos países, tienen consecuencias en lo que lo que entendemos por bienes públicos de salud. Existe un conjunto de bienes de naturaleza pública global y un set de acuerdos suscritos en la Organización Mundial de Comercio que tienen un potencial impacto sobre la protección social y el acceso al derecho de la salud.

El acuerdo sobre propiedad intelectual tiene que ver con el debate sobre las implicancias del mercado de los medicamentos, vacunas y otros insumos críticos para la salud pública. También hay otro tipo de acuerdos (relativos a la agricultura y productos agrícolas) que regulan la autonomía de los gobiernos en las compras de bienes e insumos críticos, y que tienen como contexto la tensión existente entre proteccionismo y liberalismo.

Un serio problema referido a la protección de la salud está relacionado con los acuerdos para el comercio global de servicios en general, pues en la medida en que estos regulan servicios de salud a través de las fronteras, tienen que ver con los movimientos de usuarios de servicios de salud y la posibilidad que puedan captarse en otros sistemas.

Quisiera llamar la atención de la Facultad de Salud Pública de la UPCH sobre el desempeño de lo que llamamos las Funciones de la Salud Pública en América Latina. El análisis que realizamos, como puede apreciarse en la figura 5, mostró que las tres funciones a las que debe darse prioridad, por su menor desempeño, son la número 9, relacionada a la garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios, la número 8 que tiene que ver con la formación de los recursos humanos en la salud pública y la 10, relacionada con la investigación en la salud pública.

**Figura 5.** Funciones esenciales de la salud pública, resultados de la medición



En todas las funciones se observa un perfil de desempeño intermedio - bajo

Mejor desempeño:

FESP 11 Reducción impacto emergencias y desastres (71%)

FESP 2 Vigilancia de Salud Pública (63%)

FESP 1 Monitoreo, evaluación y análisis (57%)

Menor desempeño:

FESP 9 Garantía y mejoramiento Calidad de los Servicios (21%)

FESP 8 Desarrollo de RRHH (36%)

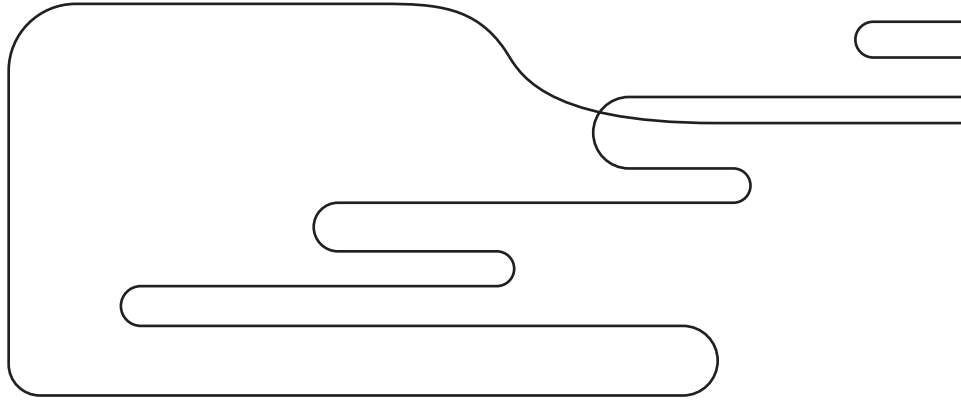
FESP 10 Investigación en SP (35%)

Por último deseo invitarles a revisar el informe sobre la situación de toda la región de las Américas, así como el informe producido en el Perú, y reflexionar sobre las implicancias que esta medición del desempeño tiene para la acción de esta institución dedicada a la educación, la investigación y los servicios en salud pública. Tengo la convicción de que hallarán en su análisis una valiosa fuente para replantear y mejorar su propio desempeño institucional.

Espero que estas ideas que les he planteado tengan algún efecto en el debate y la reflexión de los colegas de la facultad y del sistema de servicios de nuestro país.

## Referencias Bibliográficas

1. Kuhn T. *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica, México, 1971.
2. Labonte R, Restrepo H. Incidencia en la salud pública de la globalización del comercio y las inversiones. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 2002:20(2)- 83-98.



# Los Determinantes Sociales de la Salud: perspectivas para la acción

Eugenio Villar

Referirse al tema de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) nos lleva en primera instancia a una consideración que es fundamental. Alude a la existencia de una sólida evidencia de que los factores que influyen sobre la salud de la población son, en una medida sustantiva, de carácter social, además de los factores biológicos, de acceso a atención o medio ambientales. Esta evidencia no es solo científica -sea esta cuantitativa o cualitativa, histórica o contemporánea- sino también vivencial. Esta constatación está presente desde los albores de la humanidad y la civilización, en todas las latitudes. En el Perú, por ejemplo, nuestras poblaciones indígenas conciben la salud de manera integral y muy ligada a consideraciones espirituales, socio-culturales y medio ambientales; y no solo biológicas.

A pesar del peso de dicha evidencia, es importante destacar que la gran mayoría de gobiernos se han negado a incorporar este enfoque en sus políticas de salud. Solo un 2% de los mismos, de acuerdo al Canadian Institute for Advanced Research, han prestado atención importante a este tema. Por otro lado, una constatación que en los últimos años ha sido adecuadamente documentada es también la de que los mismos sistemas o servicios de salud se constituyen, quizás paradójicamente, en un determinante social de la salud. Esto, a partir del empobrecimiento que suponen, para muchas familias de modesto ingreso, los gastos de atención de salud. De acuerdo a la misma fuente, del 1 al 5% de las familias en el mundo experimentan gastos de salud catastróficos (es decir una proporción significativa del ingreso familiar disponible).

Otro tema central en el debate actual sobre los DSS es el tema de la equidad en salud, concebida ésta como la ausencia de diferencias evitables en el nivel de salud entre personas o grupos. Como es ampliamente conocido, uno de los retos más importantes de la salud a nivel internacional es la creciente inequidad en salud. Si nos preguntamos qué está a la base de dicha inequidad constataremos, en la dirección de lo anteriormente mencionado, que la gradiente (evitable o 'injusta') en el estado de salud en diferentes grupos poblacionales, tiene como una de las "causas de las causas" la inequidad en las condiciones sociales y ciertamente no solo el

inequitativo acceso a los servicios de salud. Dicha afirmación no resta en lo absoluto importancia a dicho acceso, sino que lo contextualiza y, por lo tanto, nos permite entender de una manera más integral el problema que tenemos que enfrentar. En este sentido queremos hacer una distinción al referirnos al tema de los DSS, y es que estamos no solo aludiendo a la base social del proceso salud-enfermedad sino a la base social que explica la inequidad en el estado de salud, pues es ella en última instancia la que estamos queriendo entender y abordar como perspectiva para la acción en las políticas públicas.

## **Políticas de salud con enfoque de DSS**

Los retos que enfrenta el sector salud desde el enfoque de los Determinantes Sociales, a nivel global son, fundamentalmente:

1. Cómo avanzamos desde la evidencia o el discurso explicativo al desarrollo de acciones concretas para abordar la inequidad en salud; y esto como prioridad corporativa del estado en su conjunto, vale decir no solo del sector salud.
2. Cómo ampliar el enfoque tradicional de nuestro sector salud hacia políticas que aborden las "causas de las causas" a través de intervenir en poblaciones y con un énfasis en la promoción y la prevención de la salud concebida integralmente, y no solo en el abordaje recuperativo de la enfermedad.

Quizás la evidencia empírica de dos países concretos puede darnos alguna luz para abordar dichos retos:

## **Políticas de salud pública en Suecia**

Suecia es quizás uno de los países que ha avanzado más decididamente en concebir, implementar y evaluar sus políticas a partir de un enfoque de DSS.

En cuanto a su formulación, la experiencia sueca se caracterizó por definir unos pocos objetivos a alcanzar y los estructuró de una manera bastante sencilla, en comparación con otros países. Lo central es que teniendo como meta la disminución de la inequidad en la salud (en un país modelo de cohesión basado en un igualitarismo social), Suecia definió cuáles eran



las causas de las causas que explican dicha inequidad y basó su política de salud pública en el abordaje específico de dichas causas.

Dos elementos a destacar son entonces:

- a.** En términos de los contenidos de las políticas, el país definió sus objetivos y sus intervenciones a fin de abordar los DSS y no solo el perfil epidemiológico *per se*.
- b.** En términos de los procesos, Suecia basó toda la discusión y la definición de sus políticas asegurando una amplia participación social incluyendo todos los actores políticos relevantes. El objetivo era alcanzar consenso social, el cual fue subsecuentemente traducido en el plan de salud del Gobierno.

Se definieron en consecuencia seis áreas de acción:

- 1.** Incrementar el capital social incluyendo un combate a la discriminación contra las minorías así como la promoción de la democracia local.
- 2.** Promover mejores condiciones de trabajo, a través la disminución del estrés crónico, la promoción de la participación de los empleados en su ambiente laboral, y la promoción de esquemas flexibles de trabajo.
- 3.** Mejorar las condiciones de vida de niños y jóvenes a través de mecanismos universales de apoyo social para las familias con niños pequeños y escuelas promotoras de la salud.
- 4.** Mejorar el ambiente físico a través de la coordinación de intervenciones medio ambientales y de salud.
- 5.** Promover estilos de vida saludables.
- 6.** Apoyar la educación e investigación en salud pública.

Aparece claro que el contexto histórico, político, económico e institucional de un país como Suecia ha sido fundamental para poder hacer viable una política de salud con un enfoque de DSS. En ese marco prestemos atención a los contextos y experiencias en nuestra región.

## La experiencia chilena

Chile viene construyendo un Sistema de Protección Integral de la Infancia con un enfoque de derechos y de DSS. Este se inscribe en una lógica modular que tiene como meta última la instalación de un Sistema de Protección Social progresivo y universal, vale decir, para todos los ciudadanos del país sin excepción. En ese sentido, es un eslabón articulado a otras iniciativas como el Plan AUGE, Chile Solidario, la Seguridad Social contributiva, así como las políticas de subsidios públicos inscritas en la lucha contra la pobreza y la exclusión social del país.

La estrategia de intervención consiste en encadenar acciones de apoyo y de servicios sociales considerando la infancia como sujeto final de la intervención, constituyendo redes de efectiva protección social que privilegian el papel y la participación activa de la familia, la comunidad y la institucionalidad local. Las dimensiones de intervención se dan a través de un abordaje simultáneo de distintas áreas de la vida del niño o niña y su familia, entendiendo que cada una de ellas constituye un aspecto fundamental para el adecuado desarrollo infantil. Abarca, en ese sentido, las siguientes áreas:

1. Identificación.
2. Salud.
3. Aprendizaje.
4. Entorno familiar.
5. Habitabilidad.
6. Ingresos y trabajo familiares.
7. El cuidado infantil para madres que trabajan fuera del hogar.

En el campo específico de la salud se incluye, con un enfoque de ciclo vital, el control de la gestación, el nacimiento, la alimentación de la madre, la alimentación del niño, la prevención y el control de las enfermedades, la detección precoz y el abordaje de la discapacidad si la hubiera, la salud mental y el control del consumo de sustancias adictivas.

## Desafíos para la acción en Latinoamérica

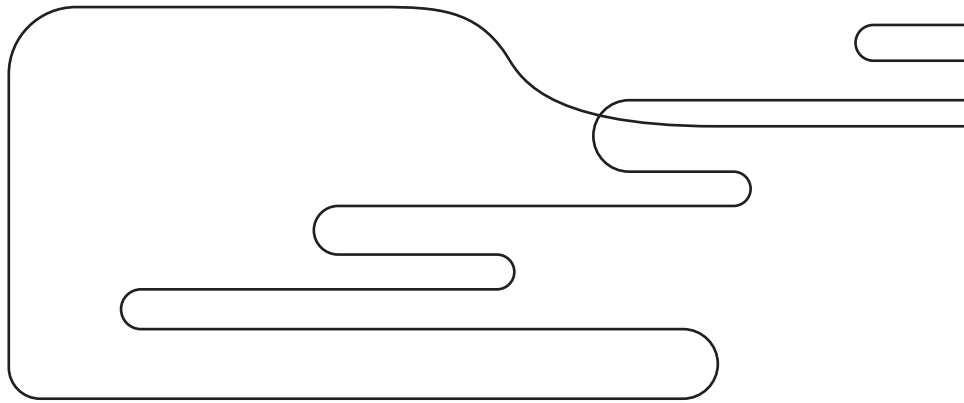
A partir de la evidencia existente (o la falta de ella) así como del entorno político institucional, consideramos que en nuestra región enfrentaríamos los siguientes desafíos para la acción del conjunto del país hacia una política de salud con un enfoque de DSS:

1. Afinar el diagnóstico de los DSS que generan inequidades en salud.
2. Avanzar en el análisis para entender los mecanismos causales que son complejos y de carácter histórico y político.
3. Definir un marco conceptual y político necesariamente participativo (en especial de los grupos excluidos) a fin de evaluar y definir cuáles son los DSS más prioritarios y urgentes y política e institucionalmente más viables de abordar.
4. Avanzar en el análisis de objetivos y propuestas concretas y específicas para la acción, incluyendo el desarrollo de mecanismos institucionales y jurídicos de evaluación y de rendición de cuentas por parte de la ciudadanía.
5. Construir, en ese proceso, las alianzas políticas que hagan viable la aprobación, el financiamiento interinstitucional, los cambios institucionales (y los incentivos) para la implementación intersectorial y la continua evaluación y rendición de cuentas participativas para que este sea un proceso continuo y de empoderamiento de los excluidos.

Consideramos que solo así será posible avanzar en (y también contribuir a) el desarrollo de la democracia y el desarrollo humano que se requieren como condiciones necesarias para abatir la inequidad en salud en nuestra región, vergonzosamente la más inequitativa del planeta.

## Referencias bibliográficas

1. OMS. *La Comisión de determinantes Sociales de la Salud*. 2007.
2. Virchow R. *Collected essays on public health and epidemiology*. Cambridge. Science history publications, 1848/1985
3. WHO. *Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Documento para discusión de Alec Irwin y Orielle Solar. Diciembre 2006
4. OMS. *Comisión de determinantes sociales de la salud. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores*. Documento de información. Marzo del 2005.



# Centros, Periferias, Investigación Globalizada y “Ciencia Nacional”

**Carlos F. Cáceres y Walter Mendoza**

Apenas si se ha iniciado en nuestro medio la reflexión en torno a las complejas relaciones entre la producción local en investigación en salud (en especial salud pública), las agendas y prioridades de investigación con los centros de financiamiento externo, y la intrincada trama de intereses en juego. Luego del inicial trabajo de Marcos Cueto hace casi ya dos décadas<sup>1</sup>, poco es lo que se ha publicado (y probablemente discutido) sobre el tema. El panorama actual, en el que el proceso globalizador ha introducido nuevas posibilidades de análisis, hace aún más necesaria tal reflexión, en tanto la investigación está lejos de ser sólo un ejercicio técnico, al involucrar más bien una serie de variables políticas, económicas y culturales<sup>2</sup>.

En un mundo globalizado y complejo, dividido en Estados no plenamente integrados y, más aún, marcado por relaciones económicas y políticas no equitativas, las discusiones sobre el desarrollo no pueden asumir que las brechas entre países sean meros accidentes históricos ni que puedan resolverse fácilmente. Tampoco pueden asumir que las metas de los procesos de desarrollo deben ser necesariamente iguales para todos.

El presente texto busca analizar, en dichas líneas, el desarrollo de la investigación en salud, con un enfoque especial en el caso del Perú. Primero analiza la misión de la investigación científica, particularmente en salud pública. En segundo lugar, intenta reflexionar sobre el escenario peruano actual de investigación en salud pública y sobre los actores y sus roles en cuanto a las “necesidades nacionales”. En tercer lugar, busca reflexionar sobre los condicionantes de estos escenarios y de estos roles. Finalmente, lejos de ser prescriptivo, busca contribuir al planteo de algunas opciones de avance.

## **Actores y Misión**

### EL ESTADO

Resulta de interés constatar el papel de los Estados como promotores, usuarios y auspiciadores de la investigación en salud pública, para lo cual

conocer el panorama regional aportará luces que permitan entender mejor su desarrollo y situación actual. No es casual que los países con mayor desarrollo estatal en América Latina, excepción hecha de Chile, como son Brasil, Cuba y México, sean también los centros donde se produce la mayor cantidad de investigación relevante en temas de salud pública, por cierto con importantes publicaciones.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la investigación en salud pública es una de las once funciones esenciales de la salud pública\*, definida como incorporando lo siguiente:

- Innovación constante (desde investigación aplicada para impulsar cambios en prácticas en salud pública hasta investigación científica formal).
- Desarrollo de investigación propia de las autoridades sanitarias en sus diferentes niveles, para hallar soluciones innovadoras con impactos evaluables.
- Establecimiento de alianzas con instituciones académicas dentro y fuera del sector salud, para realizar estudios oportunos que apoyen la adopción de decisiones en todos sus niveles.

La misma OPS identifica la investigación en salud pública como objeto o materia de competencia gubernamental, alrededor de la cual se desarrollan tres tipos de prácticas sociales distintivas que requieren intervención estatal:

1. Regulación sectorial de la investigación en salud, que se enfoca en seres humanos, en salvaguarda de sus derechos y como garante de los mismos.
2. Desarrollo de investigación propia de la autoridad sanitaria en sus diferentes niveles, con miras a su aplicación a la gestión de políticas públicas en salud.
3. Promoción de las prioridades de investigación en salud pública.

Con tales criterios, surge llana la pregunta ¿cuál es el desempeño del Estado Peruano en cada una de estas prácticas distintivas de su intervención? Más adelante esbozamos algunas respuestas.

\* Función 10: Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en Salud Pública.

## LA ACADEMIA

Constituida por las universidades y centros de investigación. Su misión es la producción de conocimiento científico para contribuir al bienestar humano y el desarrollo. Acoge tanto la investigación formal como la aplicada, en las distintas áreas de conocimiento sanitario (ciencias básicas, clínica, epidemiología, ciencias sociales, administración, intervenciones, etc.).

La Academia se asume como supranacional, en tanto el conocimiento se concibe como "universal". Por ello, aunque se presupone que la academia debe demostrar cierto compromiso con las necesidades prácticas nacionales, se valora más el aporte que pueda realizar al conocimiento universal, con un criterio de 'excelencia'.

Asimismo, se suele considerar que la investigación (o al menos parte de ella) se ejecuta para informar las políticas públicas o, equivalentemente, que estas se fundamentan, entre otros criterios, en la mejor información disponible.

Finalmente, se suele también asumir que la sociedad valora el conocimiento científico y por ello financia y facilita su producción.

## El Escenario Peruano

### EL MINISTERIO DE SALUD

Entre 2004 y 2005, el CIES financió un estudio solicitado por el INS para el análisis de la situación de la investigación en el sistema público de salud del Perú, y para la definición de prioridades. El estudio\*\* concluyó que existían limitaciones significativas en la organización del MINSA para la gestión de investigación en salud pública, y que dicha gestión no es considerada un proceso en los documentos oficiales. Tampoco existían procedimientos comunes y compartidos para las funciones de gestión de investigación.

De otro lado, entre los varios componentes de gestión, el de más incipiente desarrollo era el referido al establecimiento de políticas, regulación y evaluación de la gestión de investigación. Según el estudio, se evidenciaban escasas actividades en promoción, planificación, identificación de

---

\*\* Ver una versión mayor de este análisis en el texto de Bardález y Petrerá en esta misma publicación

necesidades, evaluación y difusión de resultados de investigación, desarrollo de capacidades institucionales, y articulaciones con centros académicos. La actividad más frecuente era la de formulación, aprobación y desarrollo de investigaciones, pero no enmarcadas en un proceso comprehensivo sino respondiendo más bien a iniciativas aisladas.

Finalmente, se observó que no existía una imagen suficientemente clara de la investigación como herramienta para la toma de decisiones en el MINSA, en el marco de una incipiente cultura de gestión basada en evidencias.

## LA ACADEMIA

No existen diagnósticos exhaustivos sobre la actividad formal de investigación en salud en el país, aunque se han realizado levantamientos específicos, particularmente en las áreas de salud reproductiva (y especialmente VIH/SIDA)<sup>3</sup>, demografía y población<sup>4</sup> y salud mental<sup>5</sup>.

El número de centros académicos que investigan sobre temas de salud con estándares “de excelencia” en el país es, lamentablemente, muy pequeño y se limita a tres o cuatro universidades y algunas organizaciones no gubernamentales, sobre todo situadas en Lima. Incluso, en algunas de estas instituciones (y tal vez en otras menos reconocidas) existen “islas de excelencia” que realizan una producción reconocida nacional o internacionalmente, basadas en individualidades y conexiones con centros del exterior. Tales islas de excelencia conviven con espacios mucho menos desarrollados al interior de las instituciones, y se desarrollan a veces en medio de tensiones debido a la diferencia entre sus lógicas y perspectivas.

Además de considerarse estas “islas de excelencia” puede plantearse, como importante elemento para el análisis, el tema de la “investigación de gran financiamiento”. Y si bien suele haber una coincidencia entre “islas de excelencia” e “investigación de gran financiamiento”, no todas aquellas realizan investigación de alto presupuesto; igualmente, la investigación de alto presupuesto no siempre será evaluada como “excelente” por observadores enterados.

Los temas abordados por los investigadores abarcan temas específicos en muchas áreas (con algunos temas muy intensamente abordados en ciertos períodos), aunque la investigación de alto presupuesto usualmente responde a prioridades definidas por centros del exterior, en tanto es financiada fundamentalmente por fuentes que tienen ese origen.

Por otro lado, un número elevado de estudios en salud corresponden a tesis de pre y posgrado desarrollados como requisito para la acreditación



de un grado. Las limitaciones técnicas y la reducida utilidad de muchos de dichos estudios (con muy honrosas excepciones) evidencia un problema no abordado adecuadamente y que involucra varios elementos: (a) inadecuada visión de la investigación como una competencia que deben desarrollar profesionales muy diversos inclusive durante su formación de pregrado; (b) inadecuada formación en investigación que resulta en tesis con serias limitaciones; (c) pobre vinculación entre la formación en investigación y los espacios de políticas públicas, que resulta en investigación de reducida utilidad y pertinencia.

Otro problema visible es el del limitado conocimiento en el país sobre las contribuciones científicas locales que resulta también de factores como el número limitado de publicaciones, en parte por limitados espacios de publicación en español, el uso del inglés en las publicaciones más importantes, y, nuevamente, el hecho de que los trabajos no siempre reflejan prioridades o intereses locales.

Sin embargo, en temas de salud se ha consolidado una importante serie de publicaciones a cargo de sociedades científicas, y administradas por la Universidad de San Marcos. Se trata de revistas de publicación periódica, aunque en su mayoría no están indexadas en el Index Medicus\*\*\*

En ese sentido resulta interesante que la única publicación regular en nuestro medio sobre temas de salud pública, aunque con una orientación más bien hacia la biología y las ciencias básicas, sea impulsada desde una institución estatal: la que publica regularmente el Instituto Nacional de Salud: *la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. El contraste es aún más notable si se toma en cuenta la proliferación de programas de posgrado en Salud Pública y especialidades afines, que no ha sido acompañada por un desarrollo similar de investigaciones ni, menos aún, por su publicación en revistas especializadas. Murillo y colaboradores, proponen que esta situación expresaría que, en nuestro medio, a causa de una "asimilación premoderna del discurso positivista, la salud pública nunca pudo ser asimilada en una práctica y una memoria colectiva institucional que le permitieran erigirse como un discurso moderno"<sup>6</sup>.

En cuanto a la investigación aplicada a la generación o cambio de programas y políticas públicas, esta es escasa y está definida generalmente

---

\*\*\* Administrada por la National Library of Medicine de los EE.UU. el Index Medicus-Medline consigna a las más importantes revistas en salud en el mundo, que acceden luego de un riguroso proceso de selección. Hacia enero del 2007, las revistas indexadas eran 5,164, y tienen su base de datos asociada de referencias en PubMed

por procesos de cooperación internacional. Generalmente ocurre bajo la forma de consultorías de investigación, que establecen relaciones de subordinación de los investigadores y restringen la propiedad intelectual, así como la amplitud y criterios de abordaje temático. En realidad, esto deriva de la ausencia de una cultura de generación de información para la toma de decisiones. Con frecuencia no existen canales claros de relacionamiento de la academia con gestores sanitarios que definan esquemas de cooperación apropiados. Por su parte, la Academia no plantea una agenda de investigación ni genera debate sobre formas de priorización de temas a investigar.

De hecho, son escasas las ocasiones en que la relación entre investigación y política ha sido fructífera. Sirva como ejemplo de excepción la experiencia desarrollada desde el Ministerio de Salud, con la colaboración de un proyecto con financiamiento externo (el Proyecto Vigía), en torno a los esquemas de tratamiento de las formas resistentes de la malaria en la selva peruana<sup>7</sup>.

## Condicionantes

### ¿CENTROS/PERIFERIAS?

El Dr. Michael Worboys, historiador británico enfocado en la ciencia, plantea que no existen centros ni periferias absolutas en el desarrollo de la ciencia<sup>8</sup>. Asimismo, él postula la existencia de "islas de excelencia" en todas las instituciones, y también sugiere que determinadas áreas de conocimiento de importancia local ("excelentes" o no), surgen en la periferia porque responden a problemas locales.

Sin embargo, cuando hablamos de la institución científica transnacional, como conjunto de redes y relaciones, esta sí está centrada en torno de mecanismos institucionales de los "centros" tecnológicos. Por ejemplo, las publicaciones principales utilizan el idioma de los principales centros y son controladas por actores en el centro; las redes se forman en torno a los centros; éstos tienen acceso a - y en ocasiones incluso controlan- mayores recursos financieros, y finalmente definen la formulación de lo que es 'relevante' y de lo 'excelente'.

Ahora bien, en países periféricos con limitado desarrollo de una "ciencia nacional" (resultante en parte de una limitada inversión en la misma), el progreso profesional como investigador/a y el acceso a fondos (usualmente

externos) requieren de la adscripción del investigador a disciplinas cuyas visiones del mérito no son neutras.

Es más, con frecuencia el éxito de investigadores de países “periféricos” requiere de la asunción de lenguajes y perspectivas que reflejan, en algunos casos, lo que se ha llamado ‘pensamiento colonizado’<sup>9</sup>, aunque aplicado a la esfera científica. Ser colonizado tiene que ver con asumir, como suyas, visiones que sobre el medio propio tienen actores externos (Por ejemplo, algunos de los casos en que se emiten –expresa o tácitamente– juicios de valor sobre aspectos de las culturas ‘periféricas’). Por supuesto, esta asunción puede –en algunos casos– derivar del hecho que, efectivamente, el investigador se identifica más con los actores externos que con los locales.

Finalmente, existe también una adscripción no neutra a diferentes paradigmas entre actores de centro y periferia, o incluso, tanto en el centro como en la periferia, un acceso diferencial a recursos según la suscripción de paradigmas específicos. Los mayores recursos de investigación son actualmente asignados a países de altos ingresos y a partir de sistemas de mérito que privilegian preguntas de investigación y disciplinas más cercanas al positivismo: disciplinas como las ciencias básicas y la epidemiología clínica; métodos cuantitativos (con predominio del paradigma experimental); y preguntas de investigación centradas en la presunción de características universales a ser descubiertas (v.g. ensayos clínicos evaluando eficacia).

### ¿GLOBALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA?

Pese a las diferencias en capacidad instalada, recursos financieros y recursos humanos, se da cada vez con mayor frecuencia la ejecución de estudios en países periféricos. Ahora bien, esto ocurre en buena medida porque los/as investigadores/as de “centros” están desarrollando estas investigaciones en países periféricos directamente o en asociación con actores locales, usualmente de las ‘islas de excelencia’ periféricas.

Este flujo progresivo hacia países periféricos se relaciona a varios factores; entre ellos, el valor de la evidencia generada de poblaciones más diversas; el hecho de que se trate de poblaciones en mayor riesgo (sin duda más necesitadas, pero también garantizando un menor tamaño muestral y, por ende, menores costos, fuera de menores riesgos políticos en muchos casos); el uso de recursos humanos locales (también asociado a menor costo); o la capacidad de influir en la agenda y los procesos del país anfitrión a veces en mayor magnitud que en sus países de origen, por ejemplo,

logrando que temas de su interés específico puedan convertirse en temas de investigación cruciales o logrando mayor influencia sobre los procesos locales de revisión ética).

## IMPLICANCIAS DE ESTUDIOS 'GLOBALIZADOS' EN LA REGULACIÓN ÉTICA

La ejecución de ensayos clínicos en países "pobres" se ha convertido, sin duda, en un tema preocupante, hasta el punto de que una revisión de la Declaración de Helsinki plantea que los ensayos clínicos patrocinados por países ricos en países pobres deben ser acompañados por estudios similares en poblaciones de países ricos<sup>10,11</sup>.

Se reconoce, por ello, los riesgos de co-opción y de desprotección, derivados de desbalances entre países ricos y pobres debido a un diferente desarrollo de aparatos regulatorios, diferente experiencia adquirida, distintas visiones sobre lo "individual", lo "colectivo" y el equilibrio entre ambos elementos, y a que la regulación del país "central" puede relativizarse por efectuarse estudios en un país "periférico". Un ejemplo palpable de esta situación es la reciente polémica desarrollada en el país en torno a la propuesta de modificatoria del Reglamento de Ensayos Clínicos aprobado en julio de 2006. Dicho reglamento había sido considerado ejemplar en la región por varios observadores internacionales, aunque para muchos investigadores locales planteaba problemas de implementación. La propuesta, elaborada por la nueva gestión del sector salud en un proceso no suficientemente participativo, según la opinión de muchos, y publicada en el portal web del MINSA con un plazo de discusión que muchos vieron como demasiado breve, generó una importante reacción de personalidades, de instituciones de la sociedad civil<sup>12</sup> y de la Defensoría del Pueblo. En respuesta a ello, el MINSA constituyó una Comisión Ad-hoc que, un mes y medio más tarde, emitió un dictamen que acogía algunos de los planteamientos de la propuesta modificatoria original. Se puede prever que el tema seguirá siendo controversial en el futuro cercano.

Retos adicionales en este proceso son los relativos a lo incipiente del debate sobre bioética intercultural (v.g. elementos de consentimiento informado), lo paradójico de que sea el país "central" el que establezca criterios a cumplir por comités de ética "periféricos" para certificarlos de modo de evaluar los estudios internacionales; y el hecho de que la certificación por el ente "central" precede a la "periférica" y con frecuencia define sus pautas.

La discusión sobre este tema a nivel internacional ha generado enorme interés<sup>13</sup> y según una publicación reciente aparecida en el Boletín de la OMS: "No se ha examinado adecuadamente la relación entre las directrices

y regulaciones éticas y las investigaciones de salud pública patrocinadas en los propios países. Por ello, a fin de apoyar en los países en desarrollo la realización de investigaciones sanitarias que sean a la vez pertinentes y valiosas, el objetivo principal debe consistir en concebir investigaciones que promuevan la equidad y en desarrollar la capacidad local en materia de bioética”<sup>14</sup>.

### ¿CIENCIA NACIONAL?

Sin duda, en el país existe un discurso académico, instituciones académicas, e investigadores (con diversidad de niveles de inserción en el sistema “internacional”). Sin embargo, es más problemático hablar de “ciencia nacional”, en tanto no existe un debate sobre prioridades de investigación (ni académico ni gubernamental); no se utilizan suficientemente los resultados de investigación; no existe una política de inversión en investigación a través de su financiamiento local ni tampoco mediante la generación de políticas de retención o repatriación de investigadores.

Sin embargo, esta lamentable situación es en parte resultado de mitos acerca del quehacer investigativo que no han sido confrontados. Este quehacer, de elevado poder simbólico, está dominado por una visión de investigación como formal y básica, como actividad de los “centros”. Por dicha razón, se gestionan limitadas fuentes de financiamiento para investigación a nivel local y, más aún, se asume que esta, particularmente si va a ser investigación de excelencia y va a requerir mayores recursos, debe ser financiada desde fuentes externas.

Lo anterior es evidencia incontrovertible de que las condiciones de ejecución de investigación en el país son difíciles, incluso precarias. Es más, en tanto se da la presencia de experiencias de “investigación globalizada”, se termina dando una enorme inequidad en el acceso a recursos manejados por distintos investigadores.

De otro lado, contrariamente a lo que se considera la esencia de las grandes instituciones académicas (es decir, su capacidad de investigar y publicar), las representaciones dominantes de la Academia en el país se centran en la formación y soslayan la investigación.

### OPCIONES DE AVANCE

El análisis precedente hace imprescindible el planteo de opciones de cambio. Proponemos aquí algunas ideas tanto al nivel del MINSA (y del Estado en su conjunto) como en lo concerniente a la Academia:

## MINSA/ESTADO

Según el estudio INS/CIES, la mejora de la función de investigación en salud pública implicaría la revisión de la organización del MINSA; el establecimiento de lineamientos de política sobre investigación en salud; la consolidación del proceso de gestión de la investigación (organización y políticas); el desarrollo de capacidades para la gestión y ejecución de investigación; y la efectiva publicación y difusión de tales avances.

De otro lado, se precisa de una intervención en la cultura organizacional de la institución acerca de la investigación, en términos de una gestión sanitaria basada en evidencias.

Finalmente, el Estado en su conjunto debería finalmente desarrollar una política de inversión en investigación, definiendo prioridades y mejorando el financiamiento. Recientemente el Estado, a través del INS ha iniciado un proceso de consultas en torno a las prioridades y políticas de fomento de la investigación, aunque habrá que esperar para ver establecidos procesos institucionalmente sostenibles.

## ACADEMIA

En cuanto a la Academia, los procesos formativos deben impulsar discusiones sobre políticas y marcos institucionales de la investigación. Es primordial desarrollar una mejor capacitación en investigación y evitar el excesivo peso de la investigación original como requisito para graduación en programas eminentemente profesionalizantes. Igualmente, se debería promover la consolidación de una comunidad local de investigadores, así como también un intercambio rico entre estos y los gestores en torno de la relación entre investigación y políticas públicas. En tercer lugar, deberían promoverse fuentes alternativas de financiamiento de la investigación a varios niveles, incluyendo la liberación de tiempo docente para investigar. También es necesario vigilar la acción del Estado en cuanto a gestión de la investigación en salud pública, y contribuir al debate sobre una agenda de prioridades de investigación. En quinto lugar, se plantearía promover la publicación y difusión de la investigación, y paralelamente contribuir a transmitir el mensaje de que la investigación tiene un valor social real. Finalmente, es útil pensar en el impulso a la investigación desde nosotros mismos y sin conexión con los "centros", en parte a través de redes subregionales.

## Epílogo

La reflexión en estas páginas intenta graficar que aunque la investigación sanitaria es concebida idealmente como un proceso racional encaminado a mejorar el conocimiento y resolver problemas, su "realidad" con frecuencia refleja las múltiples debilidades de las instituciones humanas, y las distintas formas de inequidad entre las instituciones de distintos países.

Igualmente, el Perú se evidencia como un país con importantes avances y oportunidades, pero también con una estructura que, en lo masivo, es aún precaria. El Estado tiene una participación mínima en investigación (incluyendo su financiamiento) y no plantea una política efectiva sobre la misma. La Academia, por su parte, produce de modo disperso, y con gran disparidad en la calidad (pese a la existencia de 'islas de excelencia') reflejando la ausencia de una "ciencia nacional" y, más bien, sugiriendo que se han dado formas efectivas de colonización ideológica en el entorno de la investigación.

Existen múltiples opciones de cambio (principalmente porque este no sería tan difícil con la adecuada decisión política). El Estado debe asumir sus responsabilidades en investigación a distintos niveles y dar los pasos legales que le permitan realizarlo. La Academia debe también asumir las suyas, aunque deberá partir de una adecuada comprensión de los problemas existentes y de la existencia de una agenda nacional de investigación formulada en el marco de una adecuada política nacional de investigación en salud pautada por el Estado, en diálogo con la misma Academia y con la sociedad civil.

## Referencias Bibliográficas

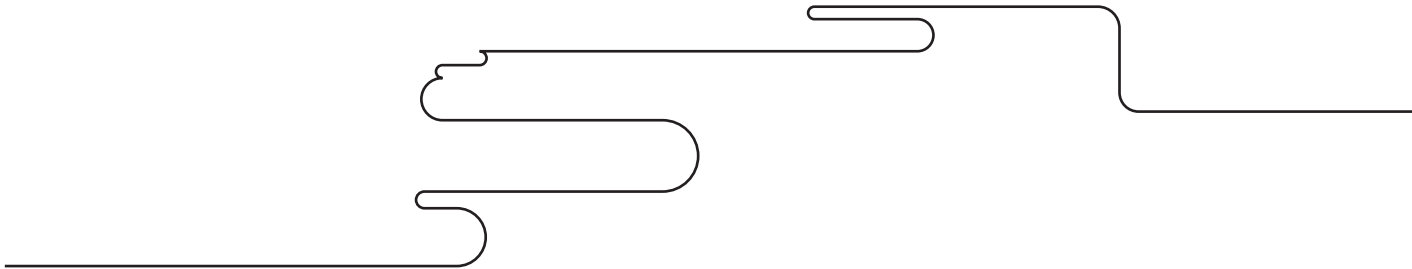
1. Cueto M. *Excelencia científica en la periferia. Actividades científicas e investigación biomédica en el Perú 1890-1950*. GRADE, Lima, 1989.
2. Cueto M, Zamora V. *Historia, Salud y Globalización*, UPCH, IEP, 2006.
3. Yon C, Vargas L, Palomino N, Gúezmes A, Chávez S. *La investigación en salud para el desarrollo y el enfoque de género en el Perú: Tendencias en la década de los 90*. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Lima, 2000.
4. Cáceres CF, Mendoza W, Konda K, Lescano AG. *Nuevas evidencias para las políticas y programas de salud en VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual en el Perú*. Información disponible hasta febrero 2007. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Organización Panamericana de la Salud, Lima 2007.

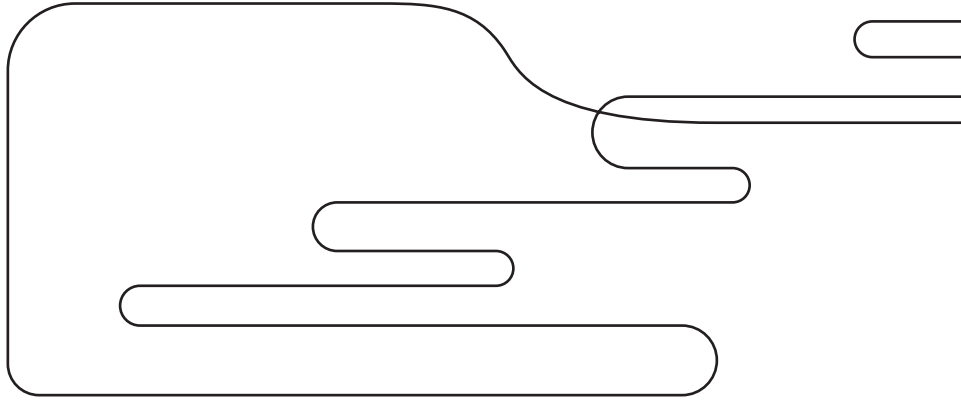


5. Ministerio de Salud (Perú). *Aproximaciones hacia el estado de la información en salud mental en el Perú*. Organización Panamericana de la Salud, Lima, 2001.
6. Murillo JP, Mendoza W, Franco G. ¿Quo Vadis Salud Pública? *Anales de la Facultad de Medicina* 2000; 61 (2):146-160.
7. Ruebush TK II, Neyra D, Cabezas C, Modifying national malaria treatment policies in Peru. *Journal of Public Health Policy* 2004; 25(3-4):328-345.
8. Worboys M, The emergence of tropical medicine: A study in the establishment of a scientific discipline, en *Perspectives on the emergence of scientific disciplines*, editado por G. LeMaine et al. (Chicago: Aldine, 1976), 89; Ver también Palladino P, Worboys M., Science and imperialism. *Isis* 1993; 84: 91-102.
9. Pajuelo R, El lugar de la utopía: Aportes de Anibal Quijano sobre cultura y poder. En *Estudios y otras prácticas intelectuales latinoamericanas en cultura y poder*. Daniel Mato (compilador). CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Caracas, Venezuela. 2002.
10. Garrafa V, Prado MM. Changes in the Declaration of Helsinki: economic fundamentalism, ethical imperialism and social control. *Cad Saude Publica* 2001; 17(6):1489-96.
11. Levine RJ. Some recent developments in the international guidelines on the ethics of research involving human subjects. *Ann N Y Acad Sci* 2000; 918:170-8.
12. ForoSalud. *Por una normatividad sobre ensayos clínicos protectora de los Derechos Humanos*. Pronunciamento del 12 de febrero del 2007 ([http://www.forosalud.org.pe/PRONUCIAMIENTO\\_PUBLICO\\_ensayos\\_clinicos.pdf](http://www.forosalud.org.pe/PRONUCIAMIENTO_PUBLICO_ensayos_clinicos.pdf), (consulta: 6 de mayo de 2007).
13. Kass NE. An ethics framework for public health. *American Journal of Public Health* 2001; 91: 1776-82.
14. Bhutta ZA. Ethics in international health research: a perspective from the developing world. *Bull World Health Organ*, 2002; 80 (2):114-120.



**De la investigación  
a las políticas  
públicas en salud:  
responsabilidades  
y agenda**





# El rol de la Academia en la formación de recursos humanos para la investigación en salud

Antonia Angulo-Tuesta

## Las bases legales del sistema educativo y del sistema de posgrado en el Brasil

La Constitución Federal de 1988 del Brasil define la competencia de la Unión de legislar sobre las directrices de la educación nacional. La Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional establece dos niveles: educación básica y educación superior. El primer nivel comprende la educación infantil, la educación fundamental y la educación secundaria. El segundo, la educación universitaria, el posgrado y la extensión. El sistema de posgrado stricto sensu comprende programas de maestría y doctorado. El conjunto de universidades integra la educación nacional y obedece al principio de asociar la enseñanza, la investigación y la extensión.

La Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional define las competencias de la Unión, de los Estados (departamentos), Distrito Federal y de los Municipios en la organización, en régimen de colaboración, de los respectivos sistemas de enseñanza. La Unión coordinará la definición del Plan Nacional de Educación, así como las normas generales de los cursos de graduación y de posgrado. El Consejo Nacional de Educación establece normas para el proceso de evaluación de la educación y reconocimiento de las facultades y de los programas de posgrado.

En síntesis, la Unión tiene dos funciones: es responsable del sistema de enseñanza a nivel federal y articula los sistemas de organización de la educación nacional por medio de directrices, normas, evaluación de la calidad y definición del plan nacional. A los Estados/departamentos les corresponde implementar las políticas y planes educativos de los mismos que deben estar en consonancia con los planes y normas nacionales.

Como señala el documento Plan Nacional de Posgrado (PNPG): 2005-2010, "en los últimos años el acceso de los brasileros a la educación fundamental avanzó significativamente, lo que no se observó en relación a la educación infantil y a la secundaria", y la calificación de los docentes varía substancialmente en todos los niveles. Apenas 29% de niñas/os entre cero a 6 años están en la escuela y 28% de los profesores tienen formación

superior. En relación a la educación fundamental, cerca de 97% de los preadolescentes y adolescentes, de 7 a 14 años, están matriculados, siendo que 90% están en la red pública. Sin embargo, solamente 56% de los profesores tienen formación universitaria. Con respecto a la educación secundaria, hay cerca de diez millones de jóvenes de 15 a 17 años matriculados, 87% de los cuales está en la red pública. Se observa una evasión importante en el sistema.

En relación a la educación superior, este documento, señala que 16% de jóvenes entre los 18 y 24 años están matriculados, 71% de los cuales está en instituciones privadas. En relación al conjunto de los docentes, un 21.5% tiene doctorado y un 35%, maestría. La proporción de docentes con doctorado y maestría varía según los niveles de la universidad pública: en las federales 43.3% tiene doctorado y 28% maestría; en las estatales, 37% tienen doctorado y 28% maestría y en las municipales, 12% son doctores y 35% tienen maestría. En las instituciones privadas, apenas 15% de los docentes tiene doctorado y 40% maestría.

Estos datos demuestran la necesidad de capacitación de los docentes en general y específicamente en el posgrado, de tal forma que la articulación entre la formación universitaria y el posgrado pueda expandirse, calificarse y consolidarse.

En relación al sistema de posgrado, la Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional señala que "el Estado promoverá e incentivará el desarrollo científico, la investigación y la capacitación tecnológica".

La Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior (CAPES en portugués), creada en 1951, es una fundación pública vinculada al Ministerio de Educación, responsable de coordinar y evaluar la política del sistema nacional de posgrado calificando la educación superior, e invertir para formar recursos de alto nivel. El posgrado es parte del sistema de enseñanza desarrollado a partir de la definición de políticas de inducción para aumentar la investigación científica y el perfeccionamiento de la formación de cuadros, el cual fue concebido, conducido y apoyado por las instituciones públicas con una importante movilización de la comunidad académica brasilera.

A partir de 1975, se definen los Planes Nacionales de Posgrado, como respuesta de planificación estatal para atender la demanda de las universidades e instituciones de investigación para "formar, en volumen y diversidad, investigadores, docentes y profesionales", mientras que la demanda de "desarrollar y realizar proyectos de investigación, asesorando

el sistema productivo y el sector público" sería compartida con otras instituciones gubernamentales. De esta forma, el posgrado pasa a ser considerado un subsistema del sistema universitario y a la vez del sistema educativo. Esta respuesta estaría integrada a las políticas de desarrollo social y económico definidas en el II Plan Nacional de Desarrollo a través del Plan Sectorial de Educación y Cultura y al II Plan Básico de Desarrollo Científico y Tecnológico (1975-1980).

El primer Plan Nacional de Posgrado, elaborado para el quinquenio de 1975 a 1980, definió como sus directrices principales: a) institucionalizar el sistema, consolidándolo como actividad regular en las universidades, garantizando el financiamiento estable; b) aumentar los padrones de desempeño y racionalizar la utilización de recursos; c) planificar la expansión, considerando una estructura equilibrada entre las regiones. Para alcanzar las metas fueron propuestos tres programas: 1) Apoyo de becas para alumnos de tiempo integral; 2) Extensión del Programa Institucional de Capacitación Docente; 3) Admisión de docentes, de forma regular y programada, por las instituciones universitarias, en función del crecimiento del posgrado.

El Segundo Plan Nacional de Posgrado (1982-1985) mantuvo el objetivo de "formar recursos humanos calificados para las actividades docentes, de investigación y técnicas para atender a los sectores público y privado". El énfasis estaba en la calidad de la enseñanza superior, en especial del posgrado, para lo cual se institucionalizó el sistema de evaluación con la participación de la comunidad científica.

Desde el Tercer Plan Nacional de Posgrado (1986-1989) se expresa la tendencia vigente de la época, la conquista de la autonomía nacional, a través de la búsqueda de la independencia económica, científica y tecnológica para el Brasil en el siglo XXI. Este Plan buscó consolidar y mejorar el desempeño de los cursos de posgrado; institucionalizar y ampliar las actividades de investigación en las universidades para garantizar el funcionamiento del posgrado e integrarlo al sistema de ciencia y tecnología y al sector productivo. De esta forma, la universidad se convierte en un ambiente privilegiado de producción de conocimiento, teniendo un papel clave en el desarrollo nacional. Se destinó un presupuesto específico para la investigación y el posgrado, se reestructuró la carrera docente, se actualizaron las bibliotecas y los laboratorios entre otras estrategias. En 1996, se intentó definir el IV Plan; sin embargo, no se publicó el documento final.

En 2004, se define el Plan Nacional de Posgrado 2005-2010 que entre las directrices destaca la necesidad de fortalecer las bases científica,

tecnológica y de innovación a fin de superar las desigualdades del sistema de posgrado tanto en su funcionamiento regional, intra-regional y departamental como en relación a las áreas disciplinares tradicionales y áreas nuevas en la frontera de conocimiento. El sistema de posgrado está concentrado en la región Sudeste, en especial en los estados de São Paulo y Río de Janeiro; en los últimos años crecieron los programas en la región Sur y Nordeste. Sin embargo, las regiones Centro-oeste y Norte continúan con un posgrado incipiente. Esta distribución está estrechamente relacionada con la mayor concentración de la inversión pública, en el que se observa un Producto Bruto Interno más elevado, mayor número de docentes en el posgrado, mejor infra-estructura y más inversión en becas.

Se observa todavía deficiencia en los cursos de doctorado en medicina, enfermería, farmacia y farmacología, lo que dificulta el desarrollo de competencias para la solución de problemas de la población del país. Mientras que en la región Sur y Sudeste hay 260 programas de posgrado en salud, en la región Norte hay apenas tres: en enfermedades tropicales, medicina tropical y odontología, región seriamente afectada por las infecciones tropicales. Este Plan incentivará la realización de programas estratégicos entre universidades, institutos de investigación y el sector empresarial para la innovación y el desarrollo de la política industrial pues apenas 6% de doctores están en empresas públicas y privadas. El sistema de posgrado necesita aún garantizar el financiamiento y hacerlo sustentable para mejorar la infraestructura de investigación, el incentivo a la formación de jóvenes investigadores y expandir los grupos emergentes competentes que necesitan de apoyo institucional.

## **Evolución del posgrado *stricto sensu***

Según el PNPG 2005-2010 hubo un crecimiento significativo en todas las áreas de conocimiento en relación al número de cursos y de egresados del posgrado; sin embargo, todavía es necesario mejorar la formación de los cuadros docentes. Cabe destacar algunos resultados:

- a)** Aumento del 5.6% por año de cursos recomendados por la Capes, entre 1996 a 2004. Existen 1,959 cursos de maestría, 82% de los cuales son ofertados por el sector público (1,613). Los cursos de doctorado se duplicaron en ese periodo, llegando a una oferta de 1,034, siendo que 90% pertenecen al sector público (938). El sector privado creció de 87 cursos para 346 en la maestría y de 44 para 96 en el doctorado, entre 1996 y 2004.

- b)** Aumento de 300% en el número de alumnos matriculados: de 37,195 en 1987 a 112,314 en 2003.
- c)** Aumento substancial en la obtención del título de alumnos de la maestría y doctorado. En las instituciones privadas se observó un aumento de los alumnos con título de maestría en las áreas de ciencias de la salud, multidisciplinar y de educación, ciencias sociales aplicadas y lingüística, letras y artes. Este hecho puede explicarse tanto porque son áreas con menor inversión como por una mayor demanda del mercado de trabajo.
- d)** Entre 1996 y 2004, persiste la distribución desigual de los cursos: en la región Sudeste están 55% de los cursos de maestría y 67% de doctorado, seguida de la región Sur (20% y 17%), Nordeste (15,6% y 10%), Centro Oeste (6,4% y 4%) y Norte (3,5% y 1,8%).
- e)** Aumento significativo de cursos en todas las áreas de conocimiento tanto en la maestría como en el doctorado. Destaca el crecimiento de las áreas multidisciplinarias y enseñanza, y ciencias sociales aplicadas. Las ciencias de la salud, que tenían el principal número de cursos entre todas las áreas de conocimiento, fueron las que menos crecieron entre 1996 y 2004 tanto en la maestría como en el doctorado.
- f)** Datos de la Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior (Capes) y del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq en portugués), informan que la concesión de becas de doctorado aumentó continuamente de 6,000 en 1991 a cerca de 14,500 en 2,003. Sin embargo, la proporción entre número de becas otorgadas y alumnos matriculados viene disminuyendo: de 49% en 1991 a 36% en 2003. Con respecto a las becas integrales para el doctorado en el exterior, también se observa una disminución entre 1996 y 2003 de 2,061 a 1,060 becas. En relación a las becas de maestría, no hubo una recuperación en la cantidad de becas otorgadas desde 1995, cuando se concedieron 10,960 becas. Hubo un pequeño aumento de 5,572 a 6,000 becas del año 2000 a 2003. Situación semejante se observa en relación a la proporción de becas otorgadas y alumnos matriculados; en 1991 era de 53% y en 2003 fue de 25%.

## Estructura del sistema de ciencia y tecnología en salud en el Brasil

El sistema de ciencia y tecnología en salud en el Brasil integra diversos actores e instituciones públicas y privadas. En la gestión pública federal se incluyen las acciones desarrolladas por tres ministerios: el Ministerio de Educación y vinculado a este la Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior (Capes); el Ministerio de Ciencia y Tecnología y sus dos agencias, el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) y la Financiadora de Estudios y Proyectos (FINEP en portugués) y el Ministerio de Salud y las instituciones vinculadas a ella, como la Fundación Oswaldo Cruz y las agencias de regulación como la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria y la Agencia Nacional de Salud Suplementaria. En la gestión pública estatal/departamental están las Secretarías Estatales/Departamentales de Salud, de Ciencia y Tecnología y las Fundaciones de Amparo a la Investigación.

Participan también del sistema de ciencia y tecnología en salud el sector productivo público como el Instituto de Tecnología en Fármacos (Farmanguinhos) y el Instituto de Tecnología en Inmunobiológicos (Biomanguinhos) de la Fundación Oswaldo Cruz y el sector privado como las industrias farmacéuticas; la comunidad científica a través de organizaciones como la Asociación Brasileña de Posgrado en Salud Colectiva (Abrasco) y la Federación de Sociedades de Biología Experimental (FeSBE); los organismos internacionales; y la representación de la sociedad civil como organizaciones no gubernamentales y asociaciones de defensa de usuarios/os, redes de portadores de enfermedades crónicas, profesionales de salud, entre otros.

### Definición de la investigación en salud

La Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud (PNCTIS), formulada en 2004, delimita el campo de la Investigación en Salud de acuerdo a su finalidad, es decir, componen este campo los conocimientos, tecnologías e innovaciones que al ser aplicadas resultan en mejoras para la salud de la población.

En los últimos años, se enfatiza el carácter esencial de la ciencia para mejorar las condiciones de salud. En este sentido, debe considerarse como un campo de actividad social que se expresa por un conjunto de procesos y actores que intervienen para que se produzcan, se transfieran y circulen



determinados resultados para ser utilizados por la sociedad. Este campo tiene leyes propias, participa de la totalidad de la estructura social pero funciona de forma específica.

Como señala la PNCTIS, parte significativa de la recopilación de datos sobre el desarrollo científico y tecnológico en el Brasil considera, generalmente, como investigación en salud, la totalidad de las actividades de investigación clínica, biomédica y de salud pública vinculadas a las ciencias de la salud (Farmacia; Medicina; Enfermedades Endémicas; Nutrición; Salud Colectiva; Educación Física; Enfermería; Fisioterapia; Fonoaudiología; Odontología). Esa forma tradicional de conceptualizar Investigación en Salud, basada en áreas de conocimiento y no en sectores de aplicación, excluye investigaciones realizadas en las áreas de las ciencias humanas, sociales aplicadas, exactas y de la tierra, agrarias e ingenierías.

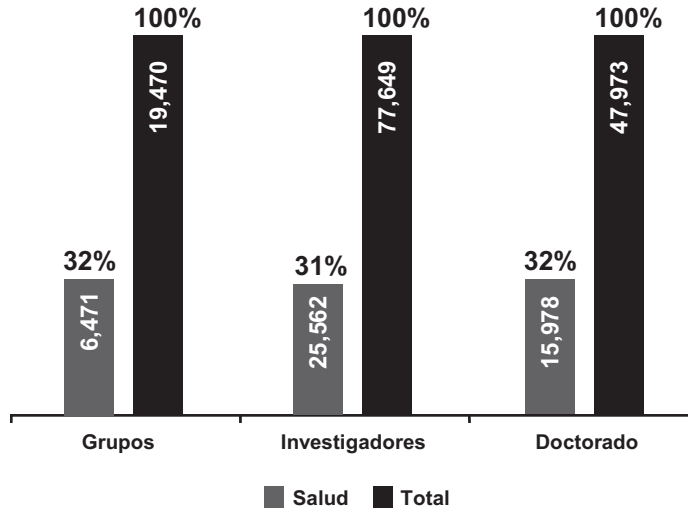
Por lo tanto, considerando la complejidad del campo de la investigación en salud esta debe superar la perspectiva disciplinar para llegar a una perspectiva sectorial en la cual también se incluyan investigaciones cuyas áreas de conocimiento son las ciencias humanas, ciencias sociales, ciencias biológicas, las cuales no siempre están relacionadas directamente con la salud humana, ciencias de la tierra y agrarias vinculadas a la salud y a las ingenierías.

## **Panorama de la investigación en salud en el Brasil**

Como indica el Gráfico 1, la proporción de grupos relacionados con investigación en salud representa el 32% del conjunto de grupos de investigación en el Brasil. Esto significa la producción de conocimientos en 6,471 grupos de investigación. Proporciones semejantes se observan en relación al número de investigadores y de doctores que actúan en este campo. Esto quiere decir que, del total de investigadores en el campo de salud (25,562), la mayoría tiene doctorado (15,978). Resumiendo, los grupos de investigación en salud representan la tercera parte de toda la actividad científica del Brasil.

Al observar la producción científica (Cuadro 1), se constata el predominio de la investigación clínica (47%), seguida de la investigación biomédica (24.7%). Sin embargo, hay una participación importante de la investigación en salud pública (13.2%). Esta producción está estrechamente relacionada con el número de líneas y grupos de investigación existentes en el país, como observamos en el Cuadro 2.

**Gráfico 1.** Proporción de grupos de investigación en salud, de investigadores y de doctores en salud.



Fuente: CNPq - Directorio de Grupos de Investigación en el Brasil. 2004

**Cuadro 1.** Distribución de las líneas de investigación en salud por segmento. Brasil, 2004

Segmento	No. de líneas de investigación	%
Investigación clínica	8,586	46.8
Investigación biomédica	4,531	24.7
Investigación tecnológica	2,781	15.2
Investigación en salud pública	2,431	13.2
Sin clasificación	22	0.1
<b>Total</b>	<b>18,351</b>	<b>100</b>

Fuente: CNPq/MCT - Directorio de Grupos de Investigación, Censo 2004 - Brasil.

El Cuadro 2 demuestra, a partir de la perspectiva sectorial de la investigación en salud, la participación de los diferentes grupos de investigación por áreas de conocimiento realizando investigación en salud. Hay un predominio de los grupos de investigación del área de las ciencias de la salud y, del total de grupos, 94.7% se dedican a investigación en salud. En segundo lugar, están los grupos de investigadores de las ciencias biológicas y entre estos, 53.8% realizan investigación en salud, seguida de las ciencias agrarias que vinculan 23.8% de sus grupos a la investigación en salud. Se observa una participación importante de los grupos de las ciencias exactas y de la tierra, así como de las ingenierías, dedicados al desarrollo de tecnologías para prótesis y equipos en salud. Del conjunto del área de ciencias sociales aplicada, 6.4% realizan investigación en salud. En este grupo, se incluyen estudios en economía de la salud y de psicología.

Como se señaló, existen 6,471 grupos de investigadores en salud, realizando una diversidad de estudios en el campo de salud. Realizar el levantamiento de los investigadores, de las universidades y centros de investigación en que actúan, de las líneas y grupos de investigación existentes, representa un esfuerzo importante del CNPq desarrollado desde hace dos décadas a través del sistema informatizado denominado Plataforma Lattes (<http://lattes.cnpq.br/index.htm>). Este sistema es una herramienta fundamental de soporte para la gestión del sistema de investigación en salud en el Brasil.

**Cuadro 2.** Proporción de grupos que actúan en salud y total de grupos catastrados por área principal de conocimiento predominante en las actividades de los grupos. Brasil, 2004.

Área principal de conocimiento (1)	Grupos que actúan en Salud (2)	Total de grupos catastrados	%
Ciencias de la Salud	3,194	3,371	94.7
Ciencias Biológicas	1,378	2,561	53.8
Ciencias Humanas	517	3,088	16.7
Ciencias Agrarias	476	1,997	23.8
Ciencias Exactas y de la Tierra	452	2,454	18.4
Ingenierías	290	2,826	10.3
Ciencias Sociales y Aplicadas	136	2,120	6.4
Linguística, Letras y Artes	28	1,053	2.7
<b>Total</b>	<b>6,471</b>	<b>19,470</b>	<b>33.2</b>

Fuente: CNPq/MCT - Censo 2004 del Directorio de Grupos de Investigación en el Brasil.

(1) Área principal de conocimiento predominante en las actividades de los grupos de investigación

(2) Grupos con por lo menos una línea de investigación relacionada al sector de actividad Salud Humana

## Índices de productividad de la investigación en salud en el Brasil

A continuación mostraremos tres indicadores. El primero está relacionado con la producción intelectual que revela una actividad intensa de publicaciones en revistas nacionales, internacionales y en anales de congresos. Esta producción aumenta progresivamente en los últimos años como se demuestra en la Tabla 1.

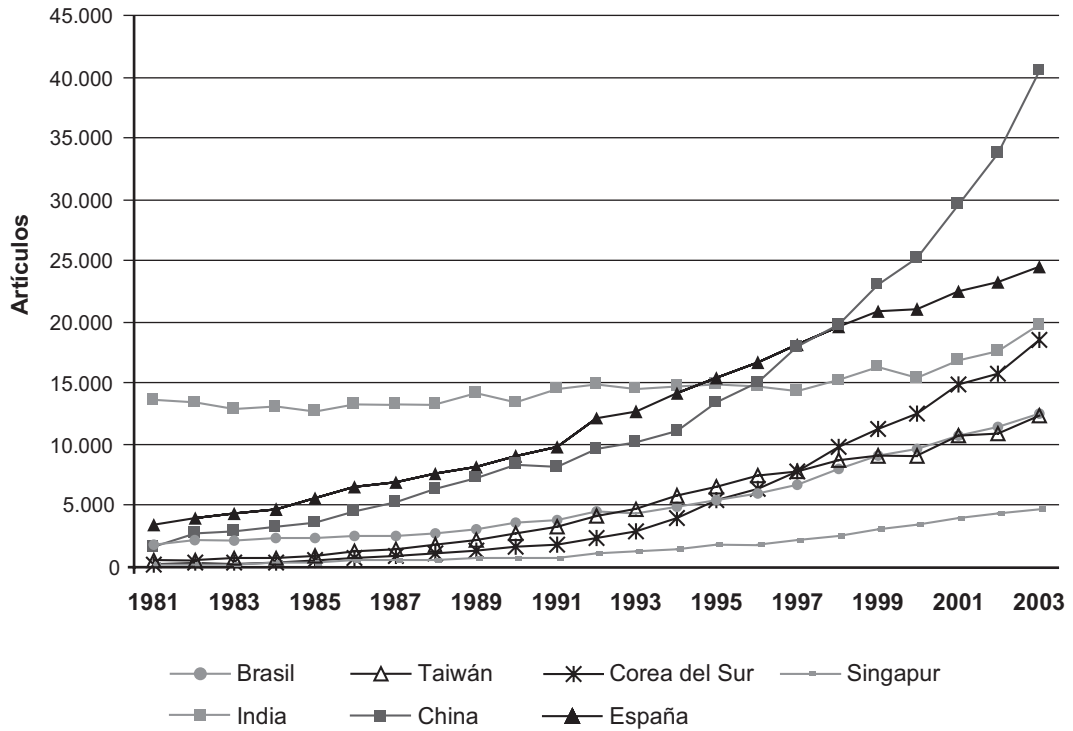
**Tabla 1.** Evolución de las citaciones y del impacto de las publicaciones brasileñas.

Año	Citaciones	Publicaciones	Año	Citaciones	Publicaciones
1981	17,963	1,901	1991	30,375	3,890
1982	16,572	2,193	1992	36,276	4,591
1983	21,785	2,218	1993	41,933	4,427
1984	20,938	2,284	1994	43,556	4,811
1985	20,415	2,322	1995	45,11	5,445
1986	23,549	2,496	1996	52,955	5,957
1987	20,65	2,538	1997	49,197	6,665
1988	26,072	2,782	1998	47,98	7,983
1989	27,021	3,096	1999	52,357	9,021
1990	30,375	3,566	2000	48,222	9,608
			2001	42,062	10,622
			2002	...	11,372
			2003	...	12,596

Fuente: Institute for Scientific Information – ISI: 1981-2003 retirados del PNPB 2005-2010.

El segundo indicador se refiere al número de artículos publicados en el área de política industrial. Datos desde 1,981 muestran un aumento de la producción científica brasileña en este campo. Sin embargo, cuando se compara esta producción con otros países competitivos como India, España, China y Corea del Sur, estos continúan superando la producción científica brasileña (Gráfico 2).

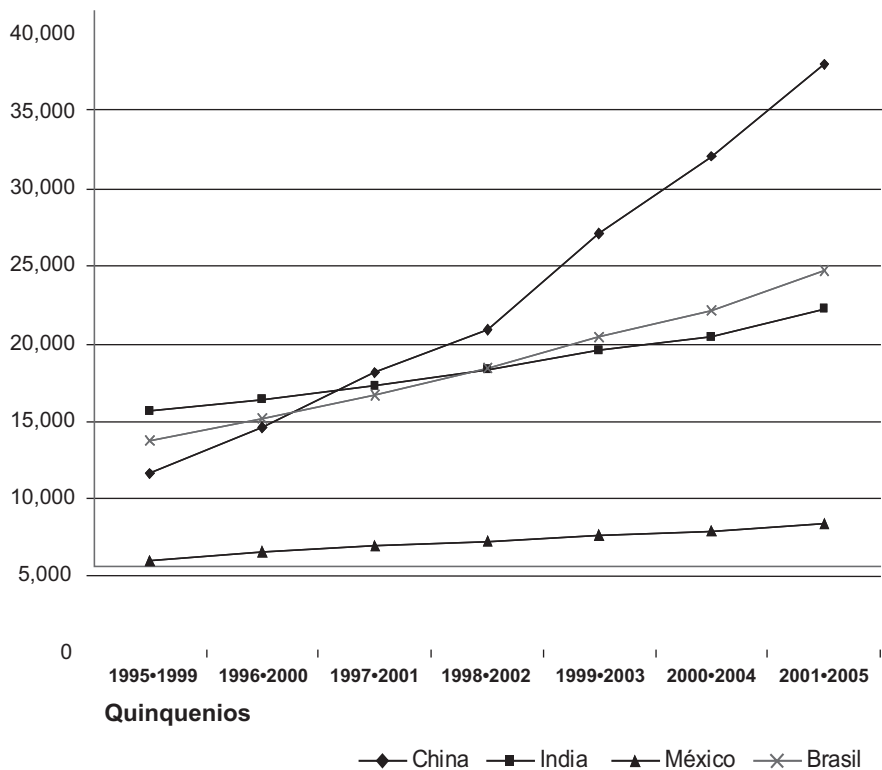
**Gráfico 2.** Artículos publicados por el Brasil y países competidores en áreas de la Política Industrial, 1981-2003.



Fuente: Science Indicators-ISI retirados del PNPG 2005-2010.

En el Gráfico 3 se muestra la producción científica en el campo de la investigación en salud en cuatro países entre 1995 y 2005. Se observa un aumento progresivo de artículos, en especial a partir del año 2000. Inclusive el Brasil supera la producción de países como la India y México, ambos países con una fuerte tradición en este campo, pero todavía está debajo de la producción de la China.

**Gráfico 3.** Número de artículos por campos de investigación en salud en China, India, México y Brasil.



Fuente: Science Indicators-ISI retirados del PNPB 2005-2010.

## Inversión en investigación en salud en el Brasil

Resultados del estudio Flujos de Recursos Financieros para la Investigación y el Desarrollo en Salud en el Brasil: 2000-2002, realizado por el Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Río de Janeiro (cuadro 3), y financiado por el Ministerio de Salud, demuestran lo siguiente:

- a) Inversión significativa en los tres años estudiados, aproximadamente dos billones de dólares, con un promedio anual de 573 millones de dólares.
- b) Inversión fundamentalmente pública, 73% del total de la inversión para la investigación en salud en este periodo, lo que significa una inversión anual de 417 millones de dólares. Se estima que de este valor, 55% se destina a los salarios de los investigadores y docentes

(232 millones de dólares), 30% para becas (130 millones de dólares) y entre el 13 al 17% para apoyar directamente a la investigación (de 50 a 60 millones de dólares).

- c) Participación fundamentalmente del gobierno federal (39.6%), a través del Ministerio de Educación, que incluye la inversión en becas y los salarios de los docentes e investigadores universitarios. Los gobiernos estatales/departamentales contribuyeron con el 33.2% por medio de las Secretarías Estatales de Educación y de las Fundaciones de Apoyo a la Investigación.
- d) Limitada participación del Ministerio de Salud (5.7%) en el periodo estudiado, cuya inversión estaba básicamente destinada a sus instituciones de investigación como la Fundación Oswaldo Cruz de gran tradición en la investigación en salud.
- e) Participación del sector privado de 23.7% y de los organismos internacionales con 3.5% como la Organización Mundial de la Salud, Fundación Ford, Fundación Rockefeller. El estudio señala que el financiamiento de estos organismos está destinado a investigadores localizados en sus sedes de origen.

**Cuadro 3. Gastos Totales (US\$) del Gobierno Federal en Ciencia y Tecnología. Brasil, 2000-2002.**

Fuente de Recursos	2000-2002	Promedio anual	2000-2002
<b>GOBIERNO FEDERAL</b>	<b>680'449,513</b>	<b>226'816,504</b>	<b>39.6</b>
Ministerio de Salud	97'907,787	32'635,929	5.7
Ministerio de Ciencia y Tecnología	153'165,909	51'055,303	8.9
Ministerio de Educación	429'375,817	143'125,272	25.0
<b>GOBIERNOS ESTATALES</b>	<b>517'479,120</b>	<b>190'493,040</b>	<b>33.2</b>
Secretarías Estatales de Educación	412'450,191	137'483,397	24.0
Fundación de Apoyo a la Investigación	159'028,929	53'009,643	9.2
<b>SECTOR PÚBLICO</b>	<b>1'251,928,633</b>	<b>417'309,544</b>	<b>72.8</b>
<b>SECTOR PRIVADO</b>	<b>406'928,244</b>	<b>135'642,748</b>	<b>23.7</b>
<b>ORGANIZACIONES INTERNACIONALES</b>	<b>60'468,724</b>	<b>20'156,241</b>	<b>3.5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1'719,325,601</b>	<b>573'108,534</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ministerio da Saúde, 2006. Fluxos de recursos financeiros para a pesquisa e o desenvolvimento em saúde no Brasil: 2000- 2002.

Según el estudio citado, la inversión del Ministerio de Salud, entre 2000 y 2002, considerando la naturaleza de la investigación (cuadro 4), estuvo destinada a financiar de forma significativa la investigación aplicada (66.6%), seguida de la investigación para el desarrollo experimental (25.8%).

**Cuadro 4.** Proporción de gastos por naturaleza de la investigación. Ministerio de Salud. Brasil, 2000-2002.

Naturaleza de la investigación	Años			
	2000	2001	2002	2000-2002
	%	%	%	%
Investigación básica	9	7	7	7.6
Investigación aplicada	68	63	68	66.6
Desarrollo experimental	23	30	25	25.8
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Ministerio da Saúde, 2006. Fluxos de recursos financeiros para a pesquisa e o desenvolvimento em saúde no Brasil: 2000- 2002.

El cuadro 5 demuestra que los gastos del Ministerio de Salud entre 2000 y 2002 por campo de actividad de la investigación estuvieron dirigidos principalmente a las ciencias médicas (56%), lo que equivale a una inversión de aproximadamente 105 millones de dólares en ese trienio. Sin embargo, 21% de los recursos estuvo orientado a investigaciones en el campo de las ciencias sociales.

**Cuadro 5.** Proporción del gasto total por campo de actividad de la investigación. Ministerio de Salud. Brasil, 2002

Campo de Actividad	Años							
	2000		2001		2002		2000-2002	
	US\$ (mil)	%	US\$ (mil)	%	US\$ (mil)	%	US\$ (mil)	%
Ciencias naturales	8,075	18	9,615	16	12,010	15	20,702	16
Ciencias médicas	28,054	64	35,408	58	41,136	50	104,599	56
Ciencias sociales	6,690	16	11,868	20	20,784	25	39,344	21
Otras áreas	1,241	2	3,707	6	7,827	10	12,766	7
<b>Total</b>	<b>44,060</b>	<b>100</b>	<b>60,598</b>	<b>100</b>	<b>81,757</b>	<b>100</b>	<b>177,411</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Ministerio da Saúde, 2006. Fluxos de recursos financeiros para a pesquisa e o desenvolvimento em saúde no Brasil: 2000- 2002.



## Resumen del panorama de la investigación en salud en el Brasil

- Es de relevarse la decisión política de crear, organizar y desarrollar el sistema nacional de posgrado en los últimos 30 años, lo que permitió consolidar un sistema importante de investigación en salud, el cual está en permanente expansión, principalmente en las universidades e institutos de investigación públicos.
- La investigación se desarrolla fundamentalmente en las universidades y los institutos de investigación; el financiamiento es principalmente con recursos nacionales y públicos.
- Predomina el desarrollo de la investigación básica y biomédica, con aumento creciente de la investigación en salud pública y la tecnológica.
- Existe la necesidad de orientar la formación de doctores en las áreas de tecnología relacionadas con temas de salud pues a pesar del aumento en el número de artículos publicados, aún hay limitado desarrollo tecnológico; es decir, innovación. Por ejemplo, del complejo productivo de la salud que incluye el desarrollo de vacunas, de kits diagnósticos, de reactivos, de equipos de salud y de medicamentos. Esta área es considerada estratégica para el desarrollo nacional pues representa gastos importantes para el sector público de la salud.
- Fortalecimiento de los grupos de la salud pública como campo académico buscando su reproducción y su autonomía. Esto permite una sólida capacidad de negociación en relación con las políticas oficiales del sector salud y de la ciencia y la tecnología.
- El desarrollo de la salud colectiva como campo multidisciplinario, relativizando el papel importante de la medicina como disciplina basada en lo clínico y epidemiológico. De esta manera, desarrolla su capacidad de influir en la definición de temas de investigación.
- A pesar de que los recursos destinados para la investigación en salud son menores a los recomendados por organizaciones internacionales como el Global Forum for Health Research (Foro Global para la Investigación en Salud) y la Organización Mundial de la Salud, (2% del producto bruto interno), el Brasil los utiliza de acuerdo a la capacidad instalada de investigación, en particular, a los recursos dirigidos al apoyo directo a proyectos de investigación.

## Papel de la autoridad sanitaria y la investigación en salud en el Brasil

La Constitución Federal, en el artículo 200, inciso V, establece las competencias del Sistema Único de Salud (SUS) y, entre ellas, el aumento del desarrollo científico y tecnológico en su área de actuación. Esta competencia se reafirma en el artículo 6, inciso X, de la Ley Orgánica de la Salud (Nº 8.080 de 1990) y en el inciso VI define el campo de actuación en la formulación de la política de producción de medicamentos, equipos, inmunobiológicos y otros insumos de interés para la salud.

A pesar de este respaldo jurídico y de la experiencia de algunos de los institutos vinculados al Ministerio de Salud en los cuales se realiza investigación de calidad, este Ministerio, a diferencia de la mayoría de países con tradición de investigación en este sector, no asumió su papel de liderazgo ni actuó decididamente en la formulación e implementación de la política nacional de ciencia, tecnología e innovación en salud hasta 2002. Esta realidad se refleja en la escasa experiencia de inducción y definición de prioridades de investigación en el campo de la salud.

Según Morel (2003), la importancia de establecer prioridades de investigación en salud radica en utilizar adecuadamente los recursos disponibles y las oportunidades ofrecidas por la ciencia y tecnología para aproximar los resultados de la investigación con las necesidades sanitarias del país. Tanto en países desarrollados (Canadá, Estados Unidos, Inglaterra) como en países en desarrollo (África del Sur, India), la definición de prioridades se concibe como parte de la estructura de políticas públicas; y en estos países se hace a través de sus agencias responsables de la organización de la gestión de investigación en salud.

Para este autor, los problemas de salud pueden ser enfrentados si se superan algunas de las denominadas fallas del mercado, de la ciencia o de la salud pública (Morel, 2005). Las fallas del mercado están relacionadas con las dificultades de los países para utilizar o acceder a una diversidad de intervenciones sanitarias basadas en el conocimiento existente debido a los costos elevados y a la falta de recursos financieros para comprarlas. Por ejemplo, en algunos países del África nunca se utilizaron vacunas. Para revertir esta situación fue creada la Alianza Global para Vacunas e Inmunizaciones.

Las fallas de la ciencia son resultado de los conocimientos insuficientes que impiden el desarrollo de intervenciones sanitarias eficaces para diferentes

enfermedades. Por ejemplo, no existen vacunas contra enfermedades parasitarias; no existen medicamentos contra enfermedades tipo II y III, como el dengue; no existen medicamentos eficaces para combatir la resistencia desarrollada por patógenos como malaria y la tuberculosis multiresistente; son necesarias respuestas para disminuir los tratamientos prolongados y difíciles en varias enfermedades.

Las fallas de la salud pública se refieren a la omisión del sector público en las actividades de investigación, desarrollo y producción de intervenciones en problemas sanitarios importantes. Por ejemplo, las llamadas enfermedades olvidadas, en las cuales el mercado no tiene interés en invertir. Sin la participación del sector público se genera una grave crisis sanitaria que afecta principalmente a la mayoría de los países en desarrollo, en especial a los del África sub-sahariana.

Considerando este panorama, en 2003, el Ministerio de Salud, en una nueva gestión gubernamental, crea la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Insumos Estratégicos, incorporando en esta al Departamento de Ciencia y Tecnología que existía desde el año 2000. La principal acción fue estructurar y transformar el esfuerzo nacional de investigación en salud construido a partir de la década de 1950. Se establecieron puentes entre diversos actores sociales (comunidad científica, tomadores de decisión del sector salud, de educación y de ciencia y tecnología, usuarios del sistema, profesionales de salud) y se inició la construcción de dos pilares fundamentales: la Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud (PNCTIS) y la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación en Salud (ANPIS). Estas fueron aprobadas en la Segunda Conferencia Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud, en julio de 2004.

Los principios de la PNCTIS son el respeto a la vida y a la dignidad de las personas (fundamento ético), la superación de las formas de desigualdad y discriminación, la mejoría de la salud de la población, la búsqueda de la equidad en salud y la participación social.

Entre las directrices que orientan la PNCTIS se destacan: a) el desarrollo de la capacidad de intervenir en la cadena de conocimiento de la investigación con aplicación inmediata hasta la investigación orientada al desarrollo tecnológico e innovación; b) el fomento de la participación de productores, agencias de financiamiento y usuarios de la producción técnico-científica; c) orientación del fomento según la definición de prioridades; y d) consideración de la relevancia social y económica del avance del conocimiento y de la aplicación de los resultados a la solución de problemas prioritarios para la salud.

## Proceso de construcción de la agenda nacional de prioridades de investigación en salud

La definición de prioridades de investigación en salud debe entenderse como un proceso de búsqueda del consenso técnico-político entre experiencias, perspectivas y lenguajes de diversos actores sociales del campo de la salud, de la educación y de la ciencia y tecnología para encontrar soluciones efectivas a las demandas del sistema y servicios de salud. Este proceso garantizó su legitimidad en la construcción de la política nacional de investigación en salud. El Departamento de Ciencia y Tecnología de la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Insumos Estratégicos conduce, en 2003, este proceso, el cual se desarrolló en varias etapas:

**Etapa I** – Se realizó el análisis de la situación de salud y condiciones de vida a partir de textos solicitados a especialistas de diversos campos del saber.

**Etapa II** – Se creó el Comité Técnico Asesor conformado por investigadores/as y gestores/as de salud reconocidos en sus áreas de actuación. Este comité definió 20 sub-agendas de investigación basadas en experiencias internacionales y en las prioridades gubernamentales de la Política Nacional de Salud de 2004 a 2007.

**Etapa III** – Se establecieron los temas y líneas de investigación en cada una de las 20 sub-agendas. Con este objetivo fue realizado un seminario con 408 participantes, de los cuales 278 eran investigadores (68%), principalmente de las ciencias biomédicas, de la investigación clínica y de salud colectiva, y 130 gestores de salud (32%) de los niveles de gestión federal, departamental y municipal. Los criterios utilizados para la selección de los/as investigadores/as fueron: reconocimiento académico en su área de investigación; representación regional, interdisciplinariedad, participación equitativa de mujeres y hombres, y experiencia en servicios.

Se constituyeron 20 grupos de trabajo, cuya composición varió entre 12 y 39 participantes. La metodología utilizada privilegió la reflexión, el debate y el consenso sobre la situación de salud de los diferentes grupos poblacionales, la situación epidemiológica, las respuestas del sistema de salud y la capacidad del sistema de investigación en salud para ofrecer soluciones a las cuestiones señaladas e identificar las brechas de conocimiento.

En relación con los criterios para subsidiar el debate sobre la definición de prioridades de investigación se presentó una síntesis de las siguientes propuestas metodológicas: Investigación Nacional Esencial en Salud; Comité Ad hoc para la Investigación en Salud; Matriz Combinada del Global Forum for Health Research. Los criterios propuestos fueron: a) carga de la enfermedad, que puede ser medida a través de DALY (Disability Adjusted Life Years – años de vida perdidos ajustados por discapacidad) u otros indicadores accesibles; b) análisis de los determinantes y de la permanencia de la carga de la enfermedad por niveles de intervención: individual, familiar, comunitario; sistema y servicios de salud; políticas gubernamentales y otros sectores con impacto en la salud; c) estado del arte del conocimiento científico y tecnológico disponible; d) costo-efectividad de las posibles intervenciones y la posibilidad de éxito; e) efecto en la equidad y justicia social; f) aceptabilidad ética, política, social y cultural; g) posibilidad de encontrar soluciones; h) calidad científica de las investigaciones propuestas; i) factibilidad de recursos humanos y financieros.

En el trabajo de grupos se observó que algunos de los criterios, como el costo-efectividad de las posibles intervenciones y recursos humanos y financieros factibles, eran de difícil aplicación debido a la escasez de informaciones.

**Etapa IV** – Ampliación y mejoría de los temas y líneas de investigación de las 20 sub-agendas. Se realizó una consulta pública por internet, durante 45 días, que permitió incorporar las contribuciones de diversos sectores: universidades e institutos de enseñanza e investigación (52%), secretarías municipales y departamentos de salud (20%), clínicas y hospitales (10%), usuarios (5%), asociaciones profesionales (5%) y empresas privadas (2%).

**Etapa V** – Aprobación de la ANPIS en la 2ª Conferencia Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud. Previamente, la agenda fue debatida en las Conferencias Municipales, Regionales y Departamentales. La etapa nacional contó con 431 delegados, de los cuales 69.4% pertenecían al sector salud (299), de estos 50% representaban a los usuarios de los servicios, 23% a los gestores de salud y 27% a los trabajadores de salud; 16.2% al sector de educación (70), y 14.4% al sector de ciencia y tecnología (62), cuya composición fueron representantes de las universidades e instituciones de investigación, asociaciones científicas y gestores de estos sectores. Como se señaló, el proceso comenzó con 20 sub-agendas y en la conferencia se aprobaron 24, incluyéndose las sub-agendas de Salud de la Población

Negra, Salud de las Personas Discapacitadas, Salud Bucal y Asistencia Farmacéutica. Esto refuerza la importancia de la participación de diversos actores sociales en la formulación de la política nacional de investigación en salud.

La composición de la agenda puede hacerse por grupos poblacionales y étnicos (mujer, adulto mayor, niñez y adolescencia, personas discapacitadas, negra e indígena); desde la perspectiva de las ciencias sociales (promoción de la salud, sistemas y políticas, comunicación e información, gestión del trabajo y educación en salud y bioética y ética de la investigación); desde los mecanismos de transmisión de las enfermedades; desde los componentes del complejo productivo de la salud; por agravios y daños a la salud prevalentes (salud mental, salud bucal, alimentación, violencia y la relación entre salud y ambiente); y desde la metodología (epidemiología y demografía).

## Agenda nacional de prioridades de investigación en salud

### **Sub-agendas**

1. Salud de la Mujer
2. Salud del Adulto Mayor
3. Salud de la Niñez y de la Adolescencia
4. Salud de las Personas Discapacitadas
5. Salud de la Población Negra
6. Salud de los Pueblos Indígenas
7. Promoción de la Salud
8. Sistemas y Políticas de Salud
9. Bioética y Ética en la Investigación
10. Comunicación e Información en Salud
11. Gestión del Trabajo y Educación en Salud
12. Enfermedades Transmisibles
13. Enfermedades No Transmisibles
14. Epidemiología
15. Demografía y Salud
16. Salud Bucal
17. Salud Mental
18. Alimentación y Nutrición
19. Violencia, Accidentes y Trauma
20. Salud, Ambiente, Trabajo y Bioseguridad
21. Complejo Productivo de la Salud
22. Asistencia Farmacéutica
23. Evaluación de Tecnologías y Economía de la Salud
24. Investigación Clínica

## Gestión de la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación en Salud

El Ministerio de Salud por intermedio del Departamento de Ciencia y Tecnología centró sus esfuerzos en la implantación de la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación en Salud, para lo cual se firmaron convenios con el CNPq y la Finep, agencias de fomento vinculadas al Ministerio de Ciencia y Tecnología. Estos convenios viabilizaron la gestión de la investigación en salud a través de las siguientes etapas: elaboración y lanzamiento de las convocatorias públicas; presentación de las propuestas de investigación; análisis técnico y selección de los proyectos por un Comité Técnico; publicación de los resultados de selección; contratación de los proyectos; monitoreo de la realización de los estudios y evaluación de los resultados de la investigación. Entre 2004 y 2006 se alcanzaron importantes progresos, de los cuales se destacan los siguientes:

### 1. FOMENTO A LA INVESTIGACIÓN

- a) Implantación de la agenda nacional de prioridades de investigación en salud. En el cuadro 6 se observa que en estos tres años se realizaron 31 convocatorias públicas temáticas y de carácter nacional con una inversión de cerca de US\$ 51 millones de dólares. Estas convocatorias estuvieron relacionadas con 22 de las 24 sub-agendas. No se lanzaron convocatorias específicas para las sub-agendas de demografía y epidemiología. Sin embargo, se financiaron estudios epidemiológicos y de demografía en las 31 convocatorias, inclusive de gran porte como se muestra más adelante. Para algunas sub-agendas se lanzaron entre dos a cuatro convocatorias en los años citados. El cuadro 6 muestra también la proporción de proyectos financiados en relación a la demanda de proyectos presentados en cada convocatoria pública, la cual varía entre 6 a 70%. Esta variación depende de los recursos financieros destinados por convocatoria, de la calidad técnica de los proyectos, entre otros.
- b) Significativa inversión en sub-agendas de investigación. Se destinaron entre US\$ 2 a US\$ 11,2 millones de dólares en 7 sub-agendas, destacándose la de enfermedades transmisibles con US\$ 11,2 millones de dólares, que incluye el financiamiento de US\$ 9,2 millones de dólares para estudios en enfermedades olvidadas; del complejo productivo de la salud con US\$ 8,2 millones de dólares y para investigación clínica con cerca de US\$ 7 millones de dólares. Cabe destacar también la inversión realizada para financiar proyectos en violencia, en determinantes sociales de la salud, en salud de la población negra y de indígenas y en sistemas y políticas de salud (Cuadro 6).



**Cuadro 6.** Distribución de Proyectos y Recursos Invertidos (US\$) por Convocatorias Públicas. Decit, Ministerio de Salud. Brasil, 2004-2006.

Agenda de Investigación	Año	Convocatoria Pública	Proyectos presentados	Proyectos financiados	% de proyectos financiados	Recursos invertidos (US\$)
Enfermedades Transmisibles	2004	Hantavirus y otras virosis causadas por virus de RNA encapsulado	40	28	70,00	938,173.94
	2005	Enfermedad de Hansen	68	37	54,41	1'003,803.77
	2006	Enfermedades Olvidadas: Malaria, Dengue, Enfermedad de Chagas, Leishmaniosis, Tuberculosis, Enfermedad de Hansen	322	79	24,53	9'235,821.52
Complejo Productivo de la Salud	2006	Fármacos e Insumos Farmacéuticos a partir de Algas Marinas	18	4	22,22	1'345,291.43
	2006	Desarrollo e Innovación Tecnológica del Programa Red Nordeste de Biotecnología - Renorbio	41	22	53,66	6'842,338.12
Investigación Clínica	2005	Investigación Básica , Pre-clínica y Clínica en Terapia Celular	106	45	42,45	4'261,778.14
Salud, Ambiente, Trabajo y Bioseguridad	2005	Estudio epidemiológico de salud ambiental - Baixada Santista	6	1	16,67	196,423.48
	2005	Programa de Investigación para el Sistema Único de Salud - Salud de la Amazonía	49	15	30,61	404,858.30
	2005	Salud y ambiente en la carretera BR 163	25	11	44,00	1'002,869.91
	2006	Poblaciones expuestas a contaminación ambiental	28	8	28,57	1'500,144.62
Salud del Adulto Mayor	2006	Envejecimiento Poblacional y Salud del Adulto Mayor	132	8	6,06	2'709,867.22
Enfermedades No Transmisibles	2005	Neoplasias	243	80	32,92	2'614,281.50
Salud Mental	2005	Salud Mental	146	22	15,07	2'078,996.19
Diversas Agendas	2006	Genética Clínica	101	14	13,86	1'793,721.97
	2006	Salud de la Población Masculina	63	16	25,40	682,030.00
Violencia, Accidentes y Trauma	2004	Violencia, Accidentes y Trauma	238	61	25,63	1'745,873.39
Asistencia Farmacéutica	2005	Asistencia Farmacéutica	218	74	33,94	1'631,255.06
Gestión del Trabajo y Educación en Salud	2006	Gestión de la Educación en Salud	113	25	22,12	892,274.71
	2006	Gestión del Trabajo en Salud	45	11	24,44	682,886.10
Promoción de la Salud	2006	Determinantes Sociales de la Salud	49	23	46,94	1'519,881.70
Alimentación y Nutrición	2004	Alimentación y Nutrición	462	85	18,40	1'485,329.52
Salud de la Población Negra	2006	Salud de la Población Negra	45	27	60,00	997,050.04
Evaluación de Tecnologías y Economía de la Salud	2005	Evaluación Económica y Análisis de Costos	76	33	43,42	985,492.63
Comunicación e Información en Salud	2006	Comunicación e Información en Salud	70	19	27,14	896,801.12
Sistemas y Políticas de Salud	2004	Sistemas y Políticas de Salud: Calidad y Humanización en el Sistema Único de Salud	162	45	27,78	818,624.21
Salud de la Mujer	2004	Mortalidad Materna y morbi-mortalidad neonatal	131	40	30,53	769,444.59
Salud de las Personas Discapacitadas	2006	Salud de las Personas Discapacitadas	45	18	40,00	698,542.15
Salud de los Pueblos Indígenas	2005	Salud de los Pueblos Indígenas	61	26	42,62	484,858.30
Salud Bucal	2004	Salud Bucal	220	28	12,73	456,349.90
Bioética y Ética en la Investigación	2005	Bioética y Ética en la investigación	83	18	21,69	157,362.96
	2005	Evaluación del Sistema CEP-Conep	5	1	20,00	136,200.91
<b>Total</b>		<b>31</b>	<b>3.411</b>	<b>924</b>	<b>27,09</b>	<b>50'968,627.41</b>

Fuente: Elaborado por la autora a partir del Banco de Datos - Decit/SCTIE/MS



- c) Aumento creciente de las convocatorias públicas temáticas. En 2004 fueron 6, en 2005, 12 y en 2006, 13, totalizándose 31 convocatorias (Cuadro 7).
- d) Aumento significativo de la inversión financiera para las investigaciones. En 2004, se destinó US\$ 6,2 millones dólares, en 2005 cerca de US\$ 15 millones dólares y en 2006, US\$ 29,8 millones de dólares, lo que totaliza una inversión de cerca de US\$ 51 millones dólares (Cuadro 7).
- e) Número significativo de estudios financiados relacionados con las 22 sub-agendas de investigación. Entre 2004 y 2006 se financiaron 924 estudios, lo que representa el 27% de la demanda general en estos tres años (Cuadro 7).
- f) Participación significativa de la comunidad científica. Hubo una demanda de 3,411 proyectos de investigación entre 2004 y 2006 (Cuadro 7).

**Cuadro 7.** Distribución de Agendas de Investigación Contempladas, Convocatorias Públicas, Proyectos y Recursos Invertidos. Decit-Ministerio de Salud. Brasil, 2004-2006

Año	Agendas de investigación contempladas	Convocatorias Públicas	Proyectos presentados	Proyectos financiados	% de proyectos financiados	Recursos invertidos (US\$)
2004	6	6	1,253	287	22,90	6'213,795.55
2005	8	12	1,086	363	33,42	14'958,181.15
2006	9	13	1,072	274	25,55	29'796,650.17
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>31</b>	<b>3,411</b>	<b>924</b>	<b>27,09</b>	<b>50'968,627.41</b>

Fuente: Elaborado por la autora a partir del Banco de Datos - Decit/SCTIE/MS

- g) Adhesión creciente a la ANPIS. En estos tres últimos años, se lanzaron convocatorias conjuntas con otros sectores vinculados al Ministerio de Salud (Secretaría de Atención a la Salud, Fundación Nacional de Salud) y al Fondo sectorial de desarrollo vinculado al Ministerio de Ciencia y Tecnología.

## 2. DESARROLLO DEL COMPLEJO PRODUCTIVO DE LA SALUD

Entre 2004 y 2006 se realizó una inversión significativa de cerca de US\$ 34 millones de dólares para la investigación y desarrollo tecnológico en vacunas, fármacos y medicamentos, equipos, reactivos diagnósticos y bioproductos (Cuadro 8).

**Cuadro 8.** Fomento para el Complejo Productivo de la Salud por Recursos Invertidos (US\$). Decit-Ministerio de Salud. Brasil, 2004-2006

	<b>Proyectos Financiados</b>	<b>Año</b>	<b>(US\$)</b>
A.	Programa Nacional de Competitividad en Vacunas	2004	5'363,356.16
B.	Desarrollo de Bioproductos de Uso Terapéutico: asma, malaria, depresión; diabetes; enfermedades cerebrovasculares, Alzheimer y dislipidemias	2005	2'807,501.61
C.	Desarrollo Tecnológico e Innovación de: Fármacos y Medicamentos, Insumos, equipos y reactivos para diagnóstico	2006	25'272,034.98
<b>Total</b>			<b>33'442,892.75</b>

Fuente: Elaborado por la autora a partir del Banco de Datos - Decit/SCTIE/MS

## 3. FOMENTO A INVESTIGACIONES ESTRATÉGICAS

Se destinó aproximadamente US\$ 20 millones de dólares para financiar estudios de gran alcance que permitirán evaluar la utilización de terapia celular en cardiopatías; conocer la situación de salud de la niñez, de la mujer (sub-agenda de demografía) y del adulto (sub-agenda de epidemiología) y la caracterización molecular de hemofilias (Cuadro 9).

**Cuadro 9.** Fomento a la investigación estratégica por Recursos Invertidos (US\$). Decit-Ministerio de Salud. Brasil, 2004-2006

	<b>Estudios Financiados</b>	<b>Año</b>	<b>Recursos Invertidos (US\$)</b>
A.	Estudio Multicéntrico Randomizado de Terapia Celular en Cardiopatías	2004	4'596,232.88
B.	Encuesta Nacional de Demografía y Salud en la Infancia y de la Mujer	2005	3'146,859.92
C.	Estudio Longitudinal de Salud del Adulto: Enfermedades Cardiovasculares y Diabetes Mellitus - Elsa Brasil	2005	9'149,797.57
D.	Estudo Multicéntrico para caracterización molecular de Hemofilias A y B	2006	2'684,577.58
<b>Total</b>			<b>19'577,467.95</b>

Fuente: Elaborado por la autora a partir del Banco de Datos - Decit/SCTIE/MS

#### 4. CONSTRUCCIÓN DE CENTROS DE EXCELENCIA PARA LA INNOVACIÓN EN SALUD

Para revertir una de las fragilidades del sistema de C&T en salud se invirtieron, en 2005, cerca de US\$ 20 millones de dólares en dos programas destinados a la construcción y el fortalecimiento de centros de excelencia para la evaluación de implantes ortopédicos y la formación de una red de 19 centros de investigación clínica con sede en hospitales de enseñanza (Cuadro 10).

**Cuadro 10.** Fomento para la formación de Centros de Excelencia por Recursos Invertidos (US\$). Decit-Ministerio de Salud. Brasil, 2004-2006

	<b>Centros de Excelencia Financiados</b>	<b>Año</b>	<b>Recursos Invertidos (US\$)</b>
A.	Red Multicéntrica de Evaluación de Implantes Ortopédicos	2005	5'420,788.26
B.	Implantación de Unidades de Investigación Clínica en Hospitales de Enseñanza	2005	14'208,130.76
<b>Total</b>			<b>19'628,919.02</b>

Fuente: Elaborado por la autora a partir del Banco de Datos - Decit/SCTIE/MS

## 5. FOMENTO PARA PROMOVER LAS REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES REGIONALES EN C&T

Se creó el Programa de Investigación para el Sistema Único de Salud: Gestión Compartida (PPSUS), que utiliza mecanismos de fomento descentralizado para la investigación. Este programa articula los esfuerzos del Decit, las secretarías de salud y las instituciones de C&T, en especial fundaciones de apoyo a la investigación de los Estados/departamentos y provincias del país. Como se observa en el Cuadro 11, entre 2003 y 2007 hubo un aumento significativo de los recursos invertidos, llegando a cerca de US\$ 20 millones de dólares para financiar 1,090 proyectos.

**Cuadro 11.** Proyectos y recursos invertidos (US\$) en el Programa de Investigación para el Sistema Único de Salud. Decit-Ministerio de Salud. Brasil, 2004-2006

<b>Año</b>	<b>No. de Proyectos financiados</b>	<b>Recursos invertidos (US\$)</b>
2003	149	2'441,148.63
2004	376	6'461,463.70
2005	126	1'998,238.87
2006	251	5'209,405.38
2007	188	3'283,083.56
<b>Total</b>	<b>1090</b>	<b>19'393,340.14</b>

Fuente: Elaborado por la autora a partir del Banco de Datos - Decit/SCTIE/MS

## 6. CREACIÓN DE LA RED NACIONAL DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA

Se financiaron estudios para Evaluación de Tecnologías en Salud por un valor de un millón de dólares. El objetivo es crear una red de centros especializados que también puedan desarrollar capacidades para actuar en el campo de la investigación clínica.

### Lecciones Aprendidas

1. La definición de la agenda de prioridades de investigación en salud debe buscar el compromiso permanente entre las tres racionalidades de los principales actores del sistema de salud y de ciencia y tecnología: a) los prestadores y gestores de servicios; b) los usuarios; y c) los investigadores.

2. La agenda de investigación debe expresar un equilibrio justo entre la base técnica de la definición de prioridades y la búsqueda del consenso político entre los actores. Es fundamental que la agenda se convierta en una herramienta que favorezca la implementación de una política pública que permita transformar los resultados de la investigación en intervenciones efectivas tanto para mejorar las condiciones de salud como para contribuir al desarrollo social y económico equitativo del país.
3. La base técnica de la agenda de investigación en salud es un asunto global mientras que el consenso político es un asunto local. El abordaje actual de la salud global permite reconocer la relación entre problemas de salud local y salud global, los cuales para ser resueltos requieren de acciones transversales e intersectoriales apoyadas en la investigación. Así también, la construcción de consensos políticos seguirá caminos definidos por los países, involucrando a los sectores gubernamentales, universidades e instituciones de investigación, organizaciones de la sociedad civil en la definición de las agendas.
4. La experiencia brasilera de implementación de la agenda de investigación demuestra la importancia de priorizar entre las prioridades. Cuanto más amplia la agenda, aumentan las posibilidades de que la definición de prioridades no esté adecuadamente formulada. Sin embargo, independientemente de la base técnica de las metodologías utilizadas para definir estas prioridades, la gestión de la agenda se convierte en una herramienta compleja, que requiere de instrumentos poderosos para monitorear y evaluar su implementación, pues se podrán delinear diversas alternativas para diferentes propósitos. ¿Se colocará en cuestión la imagen-objetivo que se espera alcanzar? ¿Cuáles son los impactos que pueden ser anticipados y como estos se producen? ¿Cómo se resuelve la tensión entre el financiamiento para la investigación básica, biomédica, estratégica y operacional? ¿Cómo desarrollar mecanismos de fomento para superar las desigualdades en ciencia y tecnología en el país? ¿Qué mecanismos son necesarios para mejorar el fomento a prioridades de investigación? ¿Cómo utilizar adecuadamente los recursos financieros? ¿Cómo utilizar los resultados de la investigación para mejorar el impacto de las intervenciones en el sistema y los servicios de salud?
5. La actualización permanente de las prioridades de investigación en salud es fundamental, pues debe ser capaz de expresar los cambios de la realidad sanitaria y científico-tecnológica que generaron estas prioridades.

## Referencias Bibliográficas

1. Council on Health Research for Development. *Un manual para el establecimiento de prioridades de investigación usando la estrategia de INES* (Investigación Nacional Esencial en Salud). Ginebra, Cohred, 2002.
2. Ijsselmiuden C, Matlin S. *Why health research?* <http://www.globalforumhealth.org/filesupld/Why%20Health%20Research/Why%20Health%20Research%20Research%20-%20vol.%201.pdf> (acceso el 10 de enero de 2007).
3. Juma C, Yee-Chong L. Reinventing global health: the role of science, technology and innovation. *Lancet*, 2005;.(365):1105-1107.
4. Guimarães, J. Formação de recursos humanos para a pesquisa em saúde. *Anais da Segunda Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005, p. 191-196.
5. Guimarães, R. Pesquisa em saúde no Brasil: contexto e desafios. *Rev Saúde Pública* 2006;40 (No. Especial):3-10.
6. Guimarães, R, Santos LMP, Angulo-Tuesta A, Serruya SJ. Defining and implementing a National Policy for Science, Technology and Innovation in Health: lessons from the Brazilian experience. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, setiembre 2006;.22(9): 1775-1795.
7. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L9394.htm> (consulta:15 de mayo de 2006).
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Conselho Nacional de Saúde. *Anais da Segunda Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde*. Brasília, 2005.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Fluxo de recursos financeiros para a Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde no Brasil 2000-2002*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Cid Manso de Mello Vianna (Coordinador de la investigación).
10. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. *Plano Nacional de Pós-Graduação (PNPG) 2005-2010*. Brasília-DF; 2005. [http://www.capes.gov.br/export/sites/capes/download/editais/PNPG\\_2005\\_2010.pdf](http://www.capes.gov.br/export/sites/capes/download/editais/PNPG_2005_2010.pdf) (consulta: 15 de mayo de 2006).
11. Morel, CM. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2004;9(2):261-270.
12. Morel, C.M. Pesquisa em Saúde no Mundo. *Anais da Segunda Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005, p.139-165.
13. World Health Organization. *World report on knowledge for better health: strengthening health systems*. Geneve: World Health Organization, 2004.

# El rol del Estado en la investigación científica en salud y la transparencia en la información

**César Cabezas Sánchez**

Para hablar del rol del Estado en la generación de información científica y en el aseguramiento de su transparencia, es pertinente recordar algunos acuerdos internacionales de los países, así como la normatividad existente en el país y el grado de cumplimiento de la misma.

Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos<sup>1</sup>, "Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona" (Art. N° 3). Asimismo, "Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten"; y "Toda persona tiene derecho a la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autora". (Art. N° 27).

En la Reunión Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud, llevada a cabo en México, en noviembre de 2004, los países participantes reconocieron que sigue habiendo grandes obstáculos para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en muchos países de bajos y medianos ingresos. Se necesita de sistemas nacionales de salud sólidos para realizar intervenciones de atención sanitaria a fin de alcanzar los ODM relacionados con la salud, para hacer frente a otras enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como a los problemas de salud sexual y reproductiva, lesiones, violencia y problemas de salud mental; y para mejorar la salud y la equidad sanitaria. Respecto a la investigación, se consideró que esta tiene un papel decisivo, aunque insuficientemente reconocido, para cumplir con el fortalecimiento de los sistemas de salud, el mejoramiento de la distribución equitativa de servicios sanitarios de alta calidad, y el impulso del desarrollo humano<sup>2</sup>.

Igualmente, en la misma reunión se reconoce que la investigación es un componente esencial de sistemas de salud sólidos que posibilitan una acción bien fundamentada y documentada para mejorar la salud de la población y acelerar el ritmo de desarrollo mundial, regional y nacional. También se reconoce que la investigación de alta calidad se ve facilitada cuando cada país tiene un sistema nacional de investigación



sanitario sólido, transparente y sostenible, entendido como las personas, las instituciones y las actividades cuyo cometido principal es generar los conocimientos pertinentes, conforme a elevadas normas éticas, que puedan utilizarse para mejorar el estado de salud de la población de manera equitativa. Asimismo, que la política sanitaria, la salud pública y la prestación de servicios deben basarse en pruebas fiables procedentes de investigaciones de alta calidad; destacándose también las alianzas público privadas a nivel nacional, regional y mundial para garantizar el desarrollo sostenible de investigaciones en salud<sup>2</sup>.

En el Perú, la Constitución Política<sup>3</sup>, determina que: "La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado (Art N° 1). Establece también que: "Toda persona tiene derecho a la libertad de creación intelectual, artística, técnica y científica, así como a la propiedad sobre dichas creaciones y a su producto. El Estado propicia el acceso a la cultura y fomenta su desarrollo y difusión" (Art N° 2) y que "Es deber del Estado promover el desarrollo científico y tecnológico del país (Art N° 14).

La Ley General de Salud<sup>4</sup> – Ley N° 26842, en su título Preliminar, determina que: " II.- La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; III.- Toda persona tiene derecho a la protección de la salud en los términos y condiciones que establece la ley. El derecho a la protección de la salud es irrenunciable; IV.- La salud pública es responsabilidad primaria del Estado. La responsabilidad individual en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado; XIV.- La información en salud es de interés público. Toda persona está obligada a proporcionar a la Autoridad de Salud la información que le sea exigible de acuerdo a ley. La que el Estado tiene en su poder es de dominio público, con las excepciones que establece la ley; XV.- El Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud, así como la formación, capacitación y entrenamiento de recursos humanos para el cuidado de la salud"

En la misma ley, cuando se refiere a los deberes, derechos y responsabilidades concernientes a la salud individual, determina que "Toda persona, usuaria de los servicios de salud (Art 15), tiene derecho a no ser objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o tratamientos sin ser debidamente informada sobre la condición experimental de estos, de los riesgos que corre y sin que medie previamente su consentimiento escrito o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere, o si estuviera impedida de hacerlo; igualmente a que se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado, previo a la



aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como negarse a este”.

Respecto a la investigación experimental determina que: "La investigación experimental con personas debe ceñirse a la legislación especial sobre la materia y a los postulados éticos contenidos en la Declaración de Helsinki y sucesivas declaraciones que actualicen los referidos postulados" (Art 28),

Finalmente la Ley Marco de Ciencia y Tecnología<sup>5</sup> – Ley N° 28303: Principios Fundamentales (Art. 4°), menciona en relación a la investigación: a) el respeto a la ética para asegurar el rigor científico y la calidad; b) la contribución efectiva al bien común; c) la libertad de investigación; d) el reconocimiento del saber colectivo y del aporte nacional al conocimiento universal; y e) el respeto al derecho de propiedad intelectual, propiedad industrial y sus derechos conexos. Respecto al rol del Estado y los objetivos nacionales, se menciona que: "Corresponde al Estado normar, orientar, coordinar, planificar, fomentar, supervisar y evaluar el desarrollo de la ciencia y tecnología, para el cumplimiento de los siguientes objetivos nacionales: La seguridad humana, el desarrollo económico y social descentralizado, la superación de las desigualdades y el estímulo a la productividad."

Como podemos ver, la normatividad parece ser adecuada y suficiente hasta el momento, siendo más bien apremiante su cumplimiento así como la definición del rol del Estado tanto para la promoción de la generación de evidencias a través de la investigación científica, como para garantizar el derecho al acceso a la información generada, y el derecho a la protección de la persona humana.

De otro lado, los acuerdos internacionales también abonan al desarrollo y apoyo a la investigación en salud como un pilar fundamental para que las acciones de salud estén basadas en evidencias.

Igualmente, es categórica la determinación de que la salud pública es responsabilidad primaria del Estado, por lo que toda función o actividad orientada a la protección de la salud pública por extensión debe ser responsabilidad del Estado, como es el caso de la investigación en los riesgos y enfermedades que afectan a la población, sin que esto sea restrictivo -es más bien complementario- a la función de los centros de investigación como las universidades, uno de cuyos elementos definidores como tales es justamente la investigación científica. Por tanto, nos parece estéril la discusión sobre la exclusividad de quien debe hacer investigación, pues esta no es y no debe ser patrimonio público o privado, académico o no académico exclusivamente; siendo inclusivos, debe ser más bien la

resultante de la sinergia entre ambos sectores, enfatizando además que no solo debemos quedarnos en la generación del conocimiento y su publicación en revistas internacionales indexadas sino, además, aplicarla creativamente a nuestra realidad, de modo que sea útil para mejorar la salud de la población; pues si ya el número de publicaciones científicas en el país, es uno de los más pequeños en el mundo científico, es también precaria la aplicación de esos conocimientos a la mejora de la salud de nuestra población.

## **La generación de evidencias a través de la investigación y el rol del Estado**

Por mucho tiempo predominó el hecho de que las actividades científicas y la investigación en salud deberían ser funciones y actividades de las universidades e institutos de investigación. En ese sentido la investigación y el desarrollo tecnológico en salud se concentraron en estas entidades, estando los institutos de investigación directamente ligados a los Ministerios de Salud, Tal es el caso del Instituto Nacional de Salud (INS) en el Perú, el cual inició sus actividades en 1883 como Laboratorio de Higiene y Salud Pública y desde 1969 es un Organismo Público Descentralizado. Similares institutos se crearon en los otros países de Latinoamérica, bajo el auspicio de organizaciones norteamericanas. Estas instituciones fueron orientadas para responder a las necesidades de investigación, desarrollo tecnológico y producción de bienes y servicios especializados que demandaba el desarrollo del sistema sanitario nacional y que el mercado no lograba satisfacer<sup>6</sup>. Irónicamente, en pleno siglo XXI, buena parte de dicho contexto sigue siendo vigente en el Perú.

Las autoridades sanitarias, bajo este modelo, financiaron importantes actividades científicas y desarrollos tecnológicos fundamentalmente orientados a la prevención, control, erradicación y eliminación de enfermedades transmisibles de carácter endémico<sup>7</sup>. Posteriormente, en la década de los 70 en casi todos los países de América Latina y el Caribe se crearon los Organismos Nacionales de Ciencia y Tecnología –en el caso del Perú fue el CONCYTEC–, los cuales además de ejercer funciones de política y planificación de los llamados sistemas nacionales de ciencia y tecnología, se constituyeron en los principales entes gubernamentales que concentraron el financiamiento a la investigación y el desarrollo tecnológico de diferentes sectores. En el caso de salud tuvieron más una orientación biomédica.<sup>8</sup>

Con la aparición de estos organismos los Ministerios de Salud empezaron a disminuir su participación en el financiamiento a la investigación con impacto en problemas de salud pública. Las agendas de investigación estuvieron orientadas por el tipo de financiamiento tanto de estos organismos de Ciencia y Tecnología, como de la industria farmacéutica que apoya los ensayos clínicos para la evaluación de medicamentos. La resultante de esta situación fue lo que posteriormente se denominó, a nivel mundial, la brecha 10/90, según la cual se estima que menos del 10% de los fondos destinados a la investigación en salud, son gastados en aquellos problemas que son responsables del 90% de la carga de enfermedad<sup>9</sup>.

Este fenómeno se ha discutido mucho, llegándose a la conclusión de que su ocurrencia es debida a la falta de rectoría del Estado o de la denominada "gobernanza" que en su mejor acepción se define como la capacidad de los gobiernos de gobernar efectivamente, en términos de tomar e implementar decisiones que sirven al interés público o se prueban como de interés social en el mediano y largo plazo, pudiendo una buena gobernanza ser medida a través de criterios de representatividad, transparencia y responsabilidad<sup>7,10</sup>.

Esta gobernanza de la investigación en salud, debe incluir las decisiones acerca de qué tipo de investigación debe ser apoyada, por quién y con qué finalidad<sup>11</sup>. En ese sentido, es imprescindible contar con una buena gobernanza en investigación en salud para garantizar que la investigación sea éticamente conducida, tenga calidad científica, y sea relevante para las poblaciones a las que está dirigida, para lo cual la autoridad sanitaria debe tener la capacidad para incidir en la orientación, pertinencia, calidad científica y ética de los procesos de investigación en salud, como en la incorporación y utilización de sus resultados para beneficio de la salud de las poblaciones<sup>8</sup>.

La autoridad sanitaria debe cumplir determinadas funciones, dentro de lo que es considerado el sistema nacional de investigación en salud. Aunque formalmente no sea parte de una estructura en un país, este sistema debe entenderse como: "Las personas, instituciones y actividades cuyo propósito primario en relación con la investigación, es el de generar conocimiento de alta calidad que pueda ser usado para promover, restaurar y/o mantener el estado de salud de las poblaciones; esta debe incluir los mecanismos adoptados para estimular la utilización de los resultados y productos de la investigación"<sup>12</sup>. Quienes lo proponen sugieren que estos sistemas tienen dos grandes objetivos complementarios: el avance del conocimiento y la utilización de este para mejorar la salud y la equidad en salud; y destacan cuatro funciones que deben corresponder al Estado: la de rectoría

(gobernanza), financiamiento, creación y sostenibilidad de recursos, la producción y, por último, la utilización de los resultados de la investigación.

La gobernanza, en un sentido amplio, incluye los conceptos de formulación y evaluación de políticas públicas y de dirección y coordinación de las instituciones y agentes vinculados con la producción, diseminación y utilización del conocimiento científico en salud. Es decir, que por gobernanza también se entiende la función política de la autoridad sanitaria nacional para concertar intereses, movilizar recursos, coordinar acciones de las diferentes instituciones, públicas y privadas, y de otros sectores sociales comprometidos con los procesos de investigación en salud y la diseminación y uso de sus resultados<sup>7</sup>.

Para cumplir con la otra función que es el financiamiento para la investigación, es necesario destacar su importancia, dado el carácter fluctuante de la asignación que se hace. En el caso del Estado, este asigna fondos a través del tesoro público, el cual debe mejorar sustancialmente y ser concertado con las entidades del Estado que también asignan fondos para la investigación en salud, como es el CONCYTEC (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología). Teniendo políticas, prioridades y lineamientos de investigación en salud bien establecidos, el rol del Estado debe ser el de promover la investigación asignando fondos y procurando fondos de sector privado, así como de la cooperación internacional.

La creación y sostenibilidad de recursos como la infraestructura y, sobre todo, de los recursos humanos debe resultar de un esfuerzo concertado de actores del gobierno, la academia y el sector privado. Es particularmente preocupante la estabilidad de los recursos humanos para investigación, para lo cual es necesario contar con políticas de incentivo para la inversión en investigación, formación y estabilidad de los recursos humanos que puedan dar sostenibilidad a la investigación. Una estrategia atractiva es la creación de nexos con fines comunes, que pueden beneficiarse de la generación de evidencias a través de la investigación, como es la asociación del Estado, las universidades y la empresa privada, aunque esto es más aplicable a otros sectores productivos.

Respecto a la producción y utilización de los resultados, debemos destacar que hay áreas de la salud pública, como en el caso de algunas enfermedades endémicas, por las que puede haber poco o ningún interés de otros sectores, en los que el Estado debe desarrollar investigaciones, aunque siempre de manera colaborativa y sinérgica.

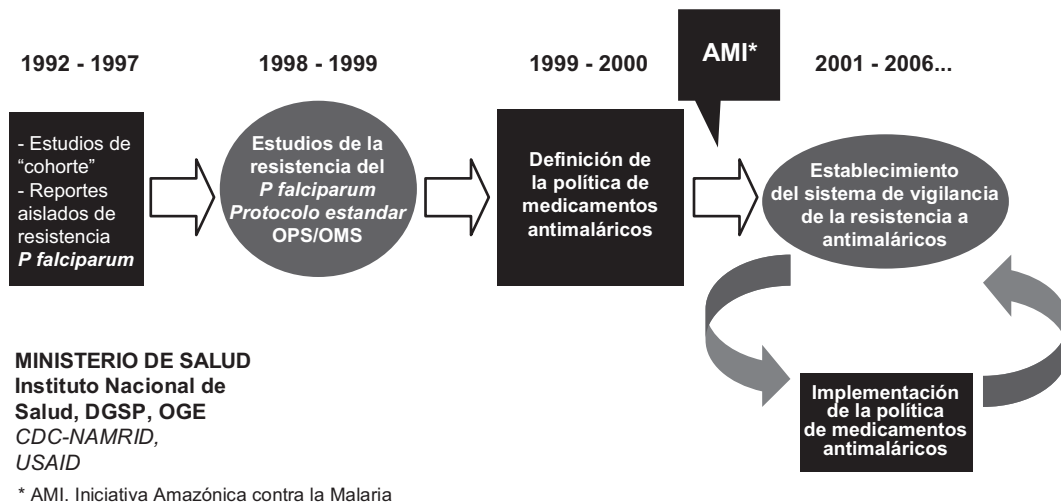
La publicación, difusión y utilización de los resultados de las investigaciones, es un rol tan importante como la investigación misma. En los últimos años hubo esfuerzos muy significativos al respecto en el país, sobre todo en la publicación y difusión, facilitadas por el logarítmico desarrollo de los medios electrónicos. Sin embargo, algo que aún queda pendiente es la utilización de la información generada. Además de que a nivel mundial el número de publicaciones peruanas en revistas indexadas es exiguo, es aún más exigua la aplicación, de estos conocimientos generados, a problemas concretos para mejorar la salud de nuestra población. En el caso de las entidades del Estado, una de las pocas publicaciones, que desde 1942 y con intermitencias en la década del los 70, ha brindado un espacio para la publicación de investigaciones en salud pública, ha sido la Revista de Medicina Experimental fundada en 1942 por el Instituto Nacional de Salud, actualmente denominada Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Obviamente, en el Perú, existen otros medios de difusión científica en las universidades y sociedades médicas y de salud en general, por lo que en esta área también debemos enfatizar la complementariedad, sin exclusiones, entre las entidades integrantes de lo que mencionamos arriba como sistema nacional de investigación.

En el Perú, tenemos algunas de las experiencias en investigación promovidas y generadas por entidades del Estado como el INS/MINSA a nivel central y regional y desarrolladas de manera colaborativa y complementaria con otras entidades como universidades (UPCH, UNMSM) y la cooperación externa (CDC, USAID, NAMRID), que han culminado en políticas y en una acción directa para mejorar la salud de la población y no solo en publicaciones, como es el caso de los estudios en malaria y hepatitis viral B, también con la participación de universidades, OPS, Regiones/Redes de Salud.

Respecto al cambio de la política de tratamiento antimalárico<sup>13</sup>, debemos mencionar como antecedente que durante la década de 1990 el Perú experimentó la reemergencia de la malaria en la cuenca amazónica y la costa norte de su territorio; observándose simultáneamente la aparición y extensión de resistencia del Plasmodium falciparum a los medicamentos antimaláricos en ambas áreas geográficas. El Ministerio de Salud respondió al problema fortaleciendo las medidas de control disponibles y llevando a cabo una serie de estudios para precisar mejor la extensión geográfica e intensidad de la resistencia a los antimaláricos, con el objetivo de revisar y adecuar la política de tratamiento para enfrentar esta situación sanitaria emergente en el país.

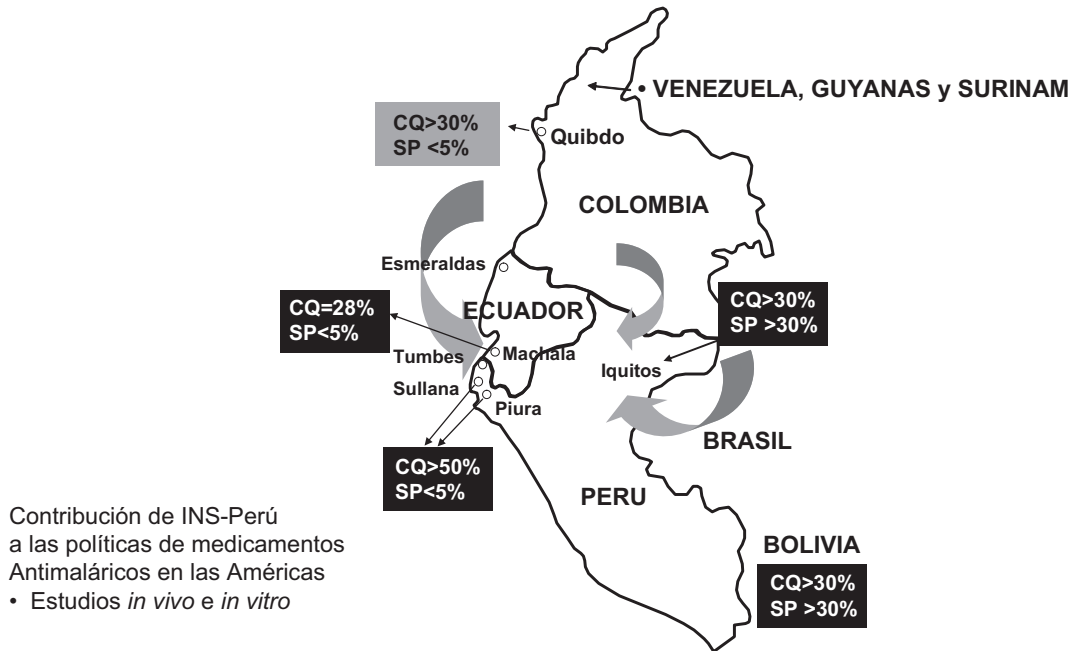
Como se muestra en la Figura N° 1, hubo un proceso que se inicia con los estudios que confirman científicamente a través de estudios “in vivo” la existencia de la resistencia a antimaláricos y se investigan la seguridad y eficacia de nuevos esquemas de tratamiento, culminando con la implementación de la política de medicamentos antimaláricos por parte del Ministerio de Salud del Perú, que incluía una nueva terapia de combinación para el tratamiento de *P. falciparum*. (Sulfadoxina/ pirimetamina + artesunato en la Costa Norte y Mefloquina + artesunato en la Amazonía) vigente actualmente.

**Figura 1.** Investigación y definición de la política de medicamentos antimaláricos en el Perú, 1998 - 2001



Con este cambio en la política del tratamiento antimalárico, el Perú fue el primer país de las Américas en utilizar la terapia de combinación con artemisininas como tratamiento de primera línea para *P. falciparum* no complicado, siendo esto un principio básico para retardar la aparición de la resistencia, además de tener una comprobada eficacia clínica y parasitológica. La experiencia peruana fue utilizada como un modelo para otros países en la región que también están enfrentando la emergencia de la malaria por *P. falciparum* farmacoresistente, como es el caso de Ecuador, Bolivia, Colombia, incluso Brasil y actualmente los países de América Central (Fig. N° 2).

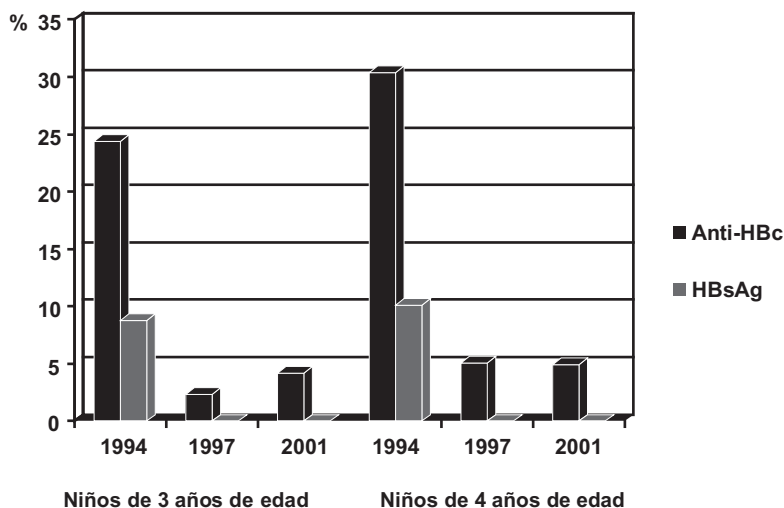
**Figura 2.** Resistencia a Antimaláricos en las Américas  
Resistencia a la Cloroquina y Sulfadoxina - Pirimetamina, 1998-2001



Otro de los aportes de la generación de evidencias a través de la investigación que ha culminado en propuestas e implementación de intervenciones para mejorar la salud, es lo desarrollado en relación a la Hepatitis viral B y sus secuelas. Estudios sobre defunciones en áreas hiperendémicas de Hepatitis B (HVB) y Delta (HVD) como en Huanta, Abancay y Quillabamba, mostraban que en promedio el 8% de las muertes en estas áreas, correspondían a enfermedades hepáticas (hepatitis fulminante, cirrosis, cáncer de hígado) todas ligadas a la infección por el virus de la hepatitis viral B. Identificado el problema, se planteó una intervención piloto mediante la inmunización contra esta infección, utilizando una vacuna recombinante de DNA contra ella, primero en Abancay en 1991, luego en Huanta en 1994.

En 1997 se evaluó la vacunación contra HBV en Huanta (Ayacucho), lo cual mostró una significativa reducción de las tasas de infección en niños de 3-4 años en 1994 (24.4%-30.4%) comparado con las tasas de infección en niños de la misma edad en 1997 (2.3- 5.1%) que se habían beneficiado de la vacunación, concluyendo que la inclusión de la vacuna contra HBV en el PAI en una zona hiperendémica de HVB/HVD, es segura, eficaz y mejora las coberturas del Programa Ampliado de Inmunizaciones<sup>14</sup> (Figura N° 3)

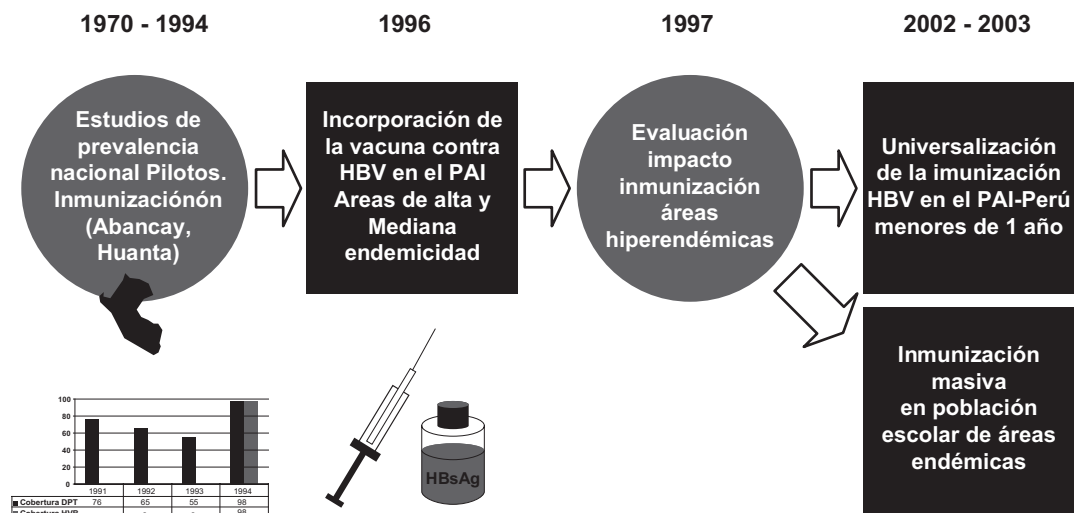
**Figura 3.** Evolución de la prevalencia de infección por HBV luego del programa de inmunización 1994 - 2001



Basándose en estas dos experiencias piloto nacionales y la experiencia internacional, el Ministerio de Salud en 1996 decidió incorporar la vacuna contra la hepatitis viral B, en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, para niños menores de un año residentes en áreas de mediana y alta endemicidad. Esta medida se tomó considerando el mayor riesgo de los niños de estas áreas y la disponibilidad de recursos en ese momento. En el año 2003 se ha universalizado la inmunización para menores de un año a nivel nacional y últimamente el Ministerio de Salud ha anunciado la inmunización a otros grupos de edad incluyendo a grupos de riesgo a nivel nacional para acortar el tiempo. (Figura N° 4)



**Figura 4.** Hitos de la investigación y generación de evidencias para determinar políticas de salud. Prevención de la Hepatitis Viral B



## Información científica y aseguramiento de la transparencia

La relevancia que ha adquirido la información en la últimas décadas nos permite decir que estamos frente a la "sociedad de la información"; sin embargo, la definición general del derecho a la información, como el derecho a la participación en los procesos de comunicación y, por tanto, el derecho de recibir, transmitir y difundir información, permite establecer su origen doctrinario en el histórico derecho de libertad de expresión<sup>15</sup>. Bajo esta definición, el derecho a la información tiene 3 facultades: recibir, investigar y difundir. Estas definiciones generales, obviamente atañen a toda la información que se derive de la investigación científica.

Por otro lado, la transparencia en los asuntos del Estado, que incluye la información, no es una moda, ni un planteamiento académico de última hora, sino más bien un concepto que tiene una larga historia intelectual, y una profunda raigambre filosófica desde Platón y Aristóteles, pasando por Kant, Bobbio y otros.

En nuestra época, la transparencia se ha convertido en un valor fundamental en las democracias. En efecto, hoy en día no puede concebirse una

democracia que merezca tal nombre si en ella, además del gobierno de las mayorías y el imperio de la ley, no se garantiza un mínimo control de los ciudadanos sobre la acción de sus gobernantes, más allá de las elecciones periódicas. Una clave para la efectividad de este control reside en el acceso ciudadano a la información que el poder político maneja. Una democracia opaca es poco confiable para los ciudadanos e indigna de lealtad.

El derecho a la información, plantea obligaciones para el Estado que no se pueden reducir al logro irrenunciable de la transparencia informativa gubernamental, sino que tiene que reconocer que el poder de la información hoy día está depositado también en espacios privados. En los aspectos de investigación en salud, donde asumimos que todas las investigaciones hechas por entidades públicas o privadas, están orientadas a mejorar la salud de las personas, es particularmente importante que la información derivada de ellas sea difundida tanto desde el Estado, como desde el sector privado.

Siendo el acceso a la información pública un derecho fundamental de toda persona –el acceso sin expresión de causa a la información que la administración pública posea o genere–, es deber de la administración pública permitirlo. Esto tiene una base legal en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Constitución Política del Estado, la Ley 26842, Ley General de Salud, las Leyes 27806 y 27927, y decretos supremos relacionados. Cabe mencionarse que no se está en la obligación de crear o producir información con la que no se cuente o no se tenga obligación de contar ni de efectuar evaluaciones o análisis de la información que posean.

En nuestro medio, así como en otros países, existe la cultura del secreto, que es la renuencia de las entidades públicas a proporcionar información sin justificación razonable, porque consideran que la información es propiedad de la institución. Sin embargo, en el sentido correcto, la información pertenece a y debe ser compartida con los ciudadanos. La cultura del secreto trae prejuicios tales como, por ejemplo, el permitir la generación de poderes ocultos ajenos a todo tipo de control, así como de corrupción; ofrece oportunidades para que los intereses privados poderosos interfieran en provecho propio en las decisiones públicas, afecta la relación entre los ciudadanos y el Estado, y genera desconfianza en y el descrédito de, las instituciones públicas.

Por otro lado, la transparencia fortalece la relación entre el Estado y la Sociedad, asegura una gestión pública eficaz, dificulta la corrupción, permite conocer información relevante, clara y actualizada, promueve la participación responsable y activa de la sociedad civil, promueve el gasto eficiente y eficaz de los recursos públicos, y contribuye a la estabilidad política, lo cual promueve la inversión.

Finalmente, debemos mencionar que los principios que rigen el acceso a la información pública incluyen los principios de publicidad y de accesibilidad. Hacer algo público significa, en su sentido más amplio, trascender el ámbito privado de las ideas, los argumentos, las propuestas y las razones para entrar en un espacio social de conocimiento y aceptación. La publicidad, en este sentido, es un proceso de socialización y comunicación de cosas, ideas y proyectos que pretende que el público receptor se apropie de ellos. La publicidad cumple su cometido cuando el objeto publicitado se consume, cuando el libro publicado se lee, cuando la sesión pública deja satisfechos a los asistentes o cuando los resultados de una investigación son utilizados y contribuyen a mejorar la salud de la población, hecho que es aún deficitario en nuestro medio. Por ello, podemos decir que la publicidad es un proceso de comunicación esencial en las sociedades modernas, un proceso incluyente cuya naturaleza es trascender lo individual o lo particular para incursionar en lo social. Así, la publicidad tiene un claro sentido democrático y no solo una acepción comercial, como muchas veces es entendido.

## Referencias Bibliográficas

1. Organización de las Naciones Unidas. Declaración de los Derechos Humanos <<http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>> (Consulta: 7 de Marzo 2007)
2. OMS. Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud (México, D.F., 16 a 20 de noviembre de 2004) <[http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB115/B115\\_30-sp.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/B115_30-sp.pdf)> (Consulta: 7 de marzo 2007)
3. Congreso de la República del Perú, Constitución Política de 1993 <<http://www2.congreso.gob.pe/sicr/RelatAgenda/constitucion.nsf/constitucion>> (Consulta: 7 de Marzo 2007)
4. Congreso de la República del Perú, Ley General de Salud, <<http://www.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Leyes/26842.pdf>> (Consulta: 7 de marzo 2007)
5. Diario Oficial El Peruano 27 Julio 2004. Ley Marco de Ciencia y Tecnología Ley 28303

6. Pellegrini A. Ciencia en pro de la salud: notas sobre la organización de la actividad científica para el desarrollo de la salud en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública*, mayo 2000;.7(5):345-349.
7. OPS/OMS, De los Ríos R., *Gobernanza de la investigación función esencial de la salud pública. Elementos para la discusión*. 39ª reunión del comité asesor de investigaciones en salud santiago de chile, 7-9 de de noviembre 2005
8. Pellegrini A, Goldbaum M, Silvi J. Production of scientific articles on health in six Latin American countries, 1973-1992. *Rev Panam Salud Pública*, Agosto 1997; 2(2):121-132.
9. Global Forum For Health Research. The 10/90 report on health research 2000. Global Forum, Ginebra, 2000
10. UNDP. *Reconceptualising governance*. New York: Management Development and Governance Division. 1997
11. Lee K, Mills A. Strengthening governance for global health research. *BMJ*, Septiembre 2000;(321):775-776.
12. Pang T, Sadana R, Hanney S, Zulfiqar B, Adnan H, Simon J. Knowledge for better health –a conceptual framework and foundation for health research systems. *Bulletin World Health Organization*, 2003; 81(11): 815-820.
13. Ruebush TK 2nd, Neyra D, Cabezas C. Modifying national malaria treatment policies in Peru. *J Public Health Policy*. 2004; 25(3-4):328-345.
14. Cabezas C, Ramos F, Vega M, Suárez M, Romero G, Carrillo C, Strull M, Reyna MC, García MP, Gotuzzo E. Impact of The Immunization Program Integrated to the Expanded Immunization Program (EPI) in Huanta, 1994-1997. *Rev Gastroenterol Peru*, Julio 2000; 20(3):201-212.
15. Boza B. *Acceso a la información de Estado: Marco legal y buenas prácticas*. Lima, Honrad-Adenauer-Stiftung, 2004.

# Avances y brechas en la regulación ética de la investigación en seres humanos en el Perú

**Eduardo Falconí R.**

El tema de la investigación experimental en seres humanos en el Perú comprende dos aspectos fundamentales, uno relacionado con el conocimiento público de los Ensayos Clínicos tanto en la comunidad científica, como en la sociedad civil en general, y el otro relacionado con el rol del Instituto Nacional de Salud (INS) como autoridad reguladora, respecto a la autorización de los ensayos clínicos, tomando en cuenta principalmente las consideraciones éticas para la autorización de su ejecución y la necesaria participación de los Comités de Ética en la Investigación en seres humanos.

Los recientes acontecimientos (junio 2006) de una denuncia hecha por una asociación médica del país, sobre un ensayo clínico (EC) en un grupo de lactantes de un hospital de Lima y otro de Trujillo con el supuesto uso de arroz transgénico en soluciones de rehidratación oral, provocó un manejo periodístico sesgado de la información sobre la ejecución y los resultados del mismo, señalando que se había atentado contra vidas humanas por haber experimentado con niños como “conejiños de indias”. Fue una interpretación tendenciosa sin mayor conocimiento sobre la rigurosidad científica del estudio ni sobre el nivel de cumplimiento del mismo con todos los requisitos establecidos por la autoridad reguladora – por el contrario, poniendo en tela de juicio las implicancias éticas del mismo.

El estudio en cuestión estaba dirigido a evaluar la reducción de la severidad de la deshidratación aguda producida por la enfermedad diarreica en un grupo de lactantes atendidos en dos centros hospitalarios, comparando tres soluciones de rehidratación oral. Es de conocimiento general que la diarrea sigue siendo una de las dos causas más importantes de morbilidad y mortalidad en los niños menores de cinco años de edad. La Organización Mundial de la salud (OMS) estima que cada año mueren cerca de dos millones de niños a causa de esta enfermedad. El Perú tiene una alta incidencia de enfermedad diarreica, estimándose que un 20-25% de las muertes pediátricas son causadas por esta enfermedad. Además de conllevar un mayor riesgo de morir, los episodios repetidos de diarrea en los niños pueden llevarlos a la desnutrición, retardo en el crecimiento y disminución de la

inmunocompetencia. La piedra angular del tratamiento de los niños con diarrea y deshidratación es la terapia con solución de rehidratación oral (SRO). Desde que la OMS desarrolló una solución de rehidratación oral con base en glucosa, se han evitado millones de muertes infantiles.

El EC en referencia consistía en la comparación de tres tipos de soluciones de rehidratación oral en niños de cuatro meses a tres años de edad portadores de deshidratación aguda por diarrea, con el fin de acortar el tiempo y severidad de la enfermedad y reducir los riesgos de mortalidad de los niños afectados. Una de las soluciones contenía sales de rehidratación oral aprobadas por la OMS que son utilizadas en los establecimientos de salud; la segunda consistía en la panetela casera como habitualmente la utilizan las madres en niños con diarrea aguda; y la tercera contenía la misma solución de panetela además de un par de proteínas recombinantes, lactoferrina y lizosima, con fuerte actividad antimicrobiana y que están presentes en la leche materna, las cuales fueron obtenidas por ingeniería genética de arroz transgénico. El uso de esta última solución de rehidratación oral es lo que motivó la denuncia y como consecuencia de ello el manejo tendencioso del periodismo sin mayor preparación para entender la complejidad de un EC. Este puso en tela de juicio, para la opinión pública en general, los estudios experimentales con seres humanos, aún habiendo cumplido con los estándares de la normatividad internacional de investigación en seres humanos y de las normas nacionales, así como con las recomendaciones de los Comités de Ética Independientes que aprobaron dicho estudio en el país.

Oficialmente, la autorización de los EC en el Perú es responsabilidad del Instituto Nacional de Salud, asignada por Resolución Ministerial N° 089-2003-SA/DM del 24 de enero del año 2003.

Un Ensayo Clínico, según definición del Comité de Armonización Internacional de Buenas Prácticas Clínicas, aceptado internacionalmente, consiste en "Cualquier investigación en seres humanos dirigida a descubrir o verificar los efectos clínicos, farmacológicos y/u otros efectos farmacodinámicos de un producto en investigación, y/o a identificar una reacción adversa al producto en investigación, y/o a estudiar la absorción, distribución, metabolismo y excreción de un producto en investigación con el objeto de determinar su seguridad y eficacia".

Es importante señalar que la ciencia médica, en cuanto al uso de nuevos fármacos, productos biológicos como vacunas o métodos de diagnóstico, utiliza el método científico para adquirir conocimientos válidos a través de los EC. Para ello se siguen criterios rigurosos referentes al objetivo y

diseño de la investigación, a la selección de los sujetos de investigación para que ingresen al estudio, y al monitoreo del estricto cumplimiento de lo formulado en el protocolo de investigación y la vigilancia de los factores de riesgo previsible y no previsible del producto de investigación. Por lo tanto, es una estrategia fundamental para el progreso médico, sin la cual no tendríamos respuestas a muchas necesidades de los pacientes.

En ese contexto, la evaluación ética de los EC siempre será considerada como un requisito fundamental para llevarlos a cabo. Pese a la madurez de los investigadores, siempre habrá la posibilidad de discusión y controversia entre ellos y los comités de ética, pues con frecuencia lo que favorece metodológicamente una investigación puede afectar negativamente a los seres humanos que en ella participan.

El carácter experimental del EC obliga a los Comités de Ética de Investigación a considerar en su evaluación tres dimensiones: la dimensión ética, la metodológica o científica y la normativa reguladora, ya que se hace necesario proteger la integridad de los pacientes o sujetos de investigación y sus derechos, así como la fiabilidad de los datos.

Desde el punto de vista metodológico, los EC con fármacos comprenden el estudio de tres aspectos:

- La farmacocinética y farmacodinamia del producto de investigación
- La eficacia de productos
- El perfil de seguridad

Por ello, en el desarrollo de la investigación clínica, se requiere el cumplimiento de las salvaguardas éticas a las que el equipo investigador se comprometió, así como los objetivos del EC como fueron formulados, pues todo ello constituye la base sobre la cual el estudio fue autorizado.

En el proceso del desarrollo de un nuevo medicamento, este pasa por diferentes etapas. La primera de ellas es la Etapa Preclínica, en la cual la investigación se lleva a cabo con animales de laboratorio para determinar la farmacocinética y farmacodinamia del producto de investigación así como los efectos de toxicidad, según las concentraciones utilizadas, cuyos resultados son extrapolados al ser humano. Además, con alguno de ellos se requiere prolongar la evaluación en animales de laboratorio para determinar efectos cancerígenos y de otra naturaleza que pudiesen tener implicancias en el ser humano posteriormente.



Cumplida esta etapa, se continúa con la Etapa Clínica, con seres humanos. Esta etapa comprende cuatro fases: dos que corresponden a la terapia exploratoria, y otras dos a la confirmatoria.

La terapia exploratoria comprende dos fases. En la Fase I, el EC del producto de investigación se realiza en voluntarios sanos, se evalúa la seguridad del producto en investigación determinándose la farmacocinética y farmacodinamia del mismo. Esto se desarrolla en un grupo reducido de participantes, los cuales han sido informados de los objetivos del estudio, de los riesgos personales y probables beneficios para la población. Su participación voluntaria se formaliza a través del consentimiento informado, requisito indispensable, cuyo proceso es aplicado en todas las fases en las cuales se consigna que las personas aceptan participar consciente y voluntariamente en el estudio.

En la Fase II, el EC se evalúa en enfermos voluntarios para los cuales se está estudiando el producto de investigación. Esta se realiza en un grupo pequeño de sujetos de investigación en el cual se evalúa la eficacia y la seguridad del producto; el tiempo de administración es por un periodo corto.

A continuación, sigue la Fase III, en la que se involucra a un grupo mayor de enfermos con respecto a la fase anterior. Se evalúa la eficacia comparativa y la seguridad a largo plazo del producto de investigación. Cumplida esta etapa y al haber obtenido los resultados esperados y luego de un riguroso análisis estadístico de dichos resultados de la investigación, recién se podrá conseguir la autorización para el registro del fármaco que permitirá su comercialización. Como la mayoría de EC es patrocinada por la industria farmacéutica de países desarrollados, harán primero el registro en sus países para luego hacer el trámite de registro para su comercialización en países como el nuestro, ante la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID).

La Fase IV corresponde a la farmacovigilancia de la comercialización, con una población mucho mayor y en un tiempo más prolongado para ampliar la experiencia en la eficacia y seguridad del fármaco, así como identificar los efectos en otras indicaciones no previstas originalmente. Un ejemplo reciente es un producto antiinflamatorio no esteroideo del grupo de los Cox, que, al ser evaluado en uso prolongado como antiinflamatorio –luego de haber logrado su registro y comercialización–, se asoció, en algunos pacientes portadores de artritis reumatoide, a muerte por compromiso a nivel cardíaco. Por ese motivo, el producto se retiró del mercado en esta fase. Esto puede suceder con una serie de productos aprobados para su



comercialización al cumplirse la Fase III de su estudio, que luego son objeto de farmacovigilancia por el organismo correspondiente. En el país la farmacovigilancia corresponde a la DIGEMID.

Los Ensayos Clínicos deben cumplir con las normas internacionales para la investigación en seres humanos, tales como el Código de Nuremberg del año 1947; la Declaración de Helsinki y sus posteriores actualizaciones; las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos del Consejo de las Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y la Organización Mundial de la Salud (1982, 2002).

Otros marcos referenciales incluyen a las Normas de Buenas Prácticas Clínicas del año 1996 de la Conferencia Internacional de Armonización (CIARM)<sup>1</sup>, y las Guías Operacionales para Comités de Ética que evalúan Investigación Biomédica de la OMS<sup>2</sup>. Uno reciente es el Documento de las Américas sobre Buenas Prácticas Clínicas de la OPS<sup>3</sup>.

En términos generales, los principios de bioética que deben ser observados en toda investigación con seres humanos son los siguientes:

- Autonomía: Las personas deciden voluntariamente su participación en un estudio, con pleno conocimiento de los riesgos y beneficios.
- No maleficencia: Una investigación no debe hacer daño a las personas. Los riesgos de los participantes deben ser minimizados en comparación con los beneficios para ellos o sus comunidades.
- Beneficencia: Una investigación debe ofrecer beneficios reales o potenciales a las personas participantes o a sus comunidades.
- Justicia: Los riesgos y beneficios de la participación en una investigación deben ser compartidos por todos los miembros de la comunidad, evitando segregación no justificada de manera científicamente plausible.

Por otro lado, en lo que corresponde a las responsabilidades del investigador teniendo en cuenta los principios éticos en la investigación con seres humanos, se toma en cuenta que ellos están expuestos a conflictos de intereses. Los intereses primarios de los investigadores pueden ser de conocimiento y desarrollo profesional; o relativos a la solución de un problema de sus pacientes; o de docencia e investigación; este grupo de intereses suele no crear mayores conflictos con el interés de la preservación de la integridad ética de un estudio. Un grupo secundario de intereses de los investigadores, que puede generar un mayor nivel de conflicto, incluye a los intereses lucrativos, a la búsqueda prestigio científico y social per se, y a la posibilidad de acceso a otros tipos de beneficios. Cuando estos

intereses secundarios de los investigadores predominan sobre los primarios se evidencia el conflicto de interés, para cuya prevención y control interviene la autoridad regulatoria, que obliga a mantener la integridad ética y científica de los estudios.

Durante los últimos años la ejecución de EC, así como su publicación, enfrentan tendencias que afectan su integridad. Según Quick<sup>4</sup>, se observa cada vez más la ocurrencia de tres fenómenos: conflictos de interés que involucran a los investigadores de algunos EC; la participación inapropiada de los patrocinadores de la investigación en el diseño y administración de los ensayos; y sesgos hacia la publicación y diseminación de los resultados que muestran la presencia de efectos positivos de las intervenciones.

Respecto a los EC a nivel mundial, se menciona con frecuencia que solamente en países en vías de desarrollo se experimenta con seres humanos, lo que no se permite hacer en los países donde se originan dichos estudios (países desarrollados). Sin embargo, según la Food and Drugs Administration (FDA) de los EE.UU., en ambos hemisferios se llevan a cabo EC, y la cantidad de EECC es mucho mayor en el hemisferio norte. Lo que habría que analizar es qué tipo de EC se llevan a cabo en esta parte del mundo, y si algunos de ellos no fueron aprobados para ejecución en el hemisferio norte.

Sobre los EC autorizados en el Perú, existe información registrada en el MINSA desde el año 1995 a cargo de la Dirección General de Salud de las Personas. A partir de enero del año 2003 el Instituto Nacional de Salud (INS) se hace cargo de su autorización, según la nueva reglamentación del Ministerio de Salud, y a partir de esta fecha que se trata de organizar los procedimientos para la autorización de EC en el Perú teniendo como referente los estándares internacionales de Buenas Prácticas Clínicas, por lo que los procedimientos para la autorización se van adecuando a dichas normas.

El número de ensayos clínicos en el país ha experimentado un franco crecimiento en los últimos años, y la mayoría de los mismos son patrocinados por la industria farmacéutica, aunque existen otros financiados por los Institutos Nacionales de Salud de EE.UU, la Organización Mundial de la Salud y fundaciones privadas. Respecto a los EC que se han realizado en el país, predominan los de la Fase III, cuyo objetivo fundamental es evaluar la eficacia y la seguridad de la droga en estudio en un grupo poblacional mucho mayor. También hay estudios Fase II y Fase IV, en una menor proporción. Con relación a los productos de investigación, predominan los antineoplásicos, seguidos de los antimicrobianos, los hipoglicemiantes y, en menor proporción, los broncodilatadores, los antihipertensivos y

los antiinflamatorios. De los antimicrobianos, tenemos en primer lugar los antibacterianos, los antifúngicos, los antirretrovirales, los antiparasitarios y los antivirales. Igualmente, desde el punto de vista de la especialidad los EC oncológicos son los más numerosos, seguidos por los de infectología, endocrinología, neumología, pediatría, cardiología y psiquiatría.

Aunque la mayoría de los EC presentados al INS han sido autorizados, en algunos casos la autorización se ha denegado (un caso en 2003, tres en 2004 y siete en 2005, no habiéndose dado ningún caso en el 2006 hasta el mes de julio en que terminó la anterior gestión ministerial). Cuando analizamos las razones por las cuales se ha denegado la autorización, la mayoría se relaciona a objeciones éticas, aún cuando al llegar al INS tales estudios ya han sido vistos por un Comité de Ética.

Por ello, desde que asumió su responsabilidad como autoridad reguladora de los EC el INS puso mucha atención en esta aparente debilidad de algunos Comités de Ética, cuyo funcionamiento adecuado también debe garantizar. Fue muy importante establecer una relación más estrecha con dichos comités porque se percibía que no todos ellos manejaban los mismos criterios cuando tenía que evaluar protocolos de EC. Por ello se trató de reforzar su desempeño, aunque respetando su autonomía en las decisiones. Se buscó establecer criterios uniformes en la conformación de sus miembros para así lograr una mejor evaluación de los EC, así como de los Consentimientos Informados a ser utilizados de acuerdo a la normatividad nacional e internacional. Lo que intentó el INS como autoridad reguladora fue cumplir con su principal responsabilidad, la de proteger al sujeto de investigación, promoviendo que todos los involucrados en un EC (patrocinador, investigador principal, institución de investigación, Comité de Ética, y el ente regulador), cumplan con sus responsabilidades en la ejecución de un EC, de acuerdo a las normas de Buenas Prácticas Clínicas.

## Los Comités Institucionales de Ética

En el proceso de autorización de un EC se requiere obligatoriamente la intervención de un Comité Institucional de Ética (CIE), por lo que existe en el INS un registro de los CIE autorizados para la evaluación de los EC, procedimiento que realiza el patrocinador o ejecutor antes de tramitar la autorización ante el INS. Entre ellos están, según el número de expedientes aprobados, el CIE de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, el del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, el del Hospital Rebagliati, y el del Hospital Almenara, entre otros.

En una reciente publicación, Lecca y colaboradores<sup>5</sup>, describen la composición y funcionamiento de los Comités Institucionales de Ética en Investigación que aprueban los aspectos éticos de los ensayos clínicos en el Perú. Un cuestionario estructurado fue completado por CIEs peruanos registrados hasta marzo de 2004 en la Oficina para la Protección de Seres Humanos en Investigación de los Institutos Nacionales de Salud de los EE.UU. (OHRP). El cuestionario incluía preguntas sobre tipo de CIE, año de registro en OHRP, características de los integrantes, y datos administrativos. La información se obtuvo de mayo a septiembre del 2004.

De 19 CIE registrados, 10 respondieron al cuestionario. Todos cumplen con los criterios de estructura (cuentan al menos con cinco miembros, uno de diferente sexo, uno externo a la institución, y uno no científico). Se identificaron 17 profesiones, resaltando la mayor presencia de médicos (34,0%). Sólo 68% participaron en cursos de ética en investigación en los últimos dos años. Además, todos los CIE cuentan con dependencia administrativa, aunque solo cuatro de diez tenían personal exclusivo. Cuatro de diez realizan reuniones bimensuales, nueve de diez revisan cualquier tipo de investigación, y seis de diez manifestaron haber desaprobado investigaciones. El proceso de revisión continua consiste en supervisiones pasivas (informes escritos) e inspecciones, siendo éstas últimas infrecuentes debido a falta de recursos humanos y financieros, y de apoyo de la institución a la cual se encuentran adscritas.

El estudio concluye señalando que si bien los CIE peruanos cumplen con los requisitos de estructura, la mayoría presentan deficiencias y problemas para su funcionamiento, siendo necesario establecer políticas locales que fortalezcan la presencia de estas instancias de protección de participantes en investigación en el Perú.

## **Inspecciones de los Centros de Investigación**

La responsabilidad regulatoria del INS involucra también inspecciones a los centros de investigación donde se ejecutan los EC. Estas visitas se iniciaron durante nuestra gestión, en agosto de 2004, y evidenciaron, en algunos casos, la ocurrencia de faltas o el incumplimiento de Buenas Prácticas Clínicas. Hasta julio de 2006 se hicieron 56 inspecciones en Lima y 16 en provincias, encontrándose lo siguiente:

- En cuanto a infraestructura, de 40 inspeccionados en Lima, los ambientes fueron inadecuados en 12.

- Del equipo de investigación, de 40 visitados en Lima, en cinco el investigador principal no estuvo presente. En provincias, los investigadores principales estuvieron ausentes en tres de 16 visitas. Las inspecciones fueron anunciadas con anticipación.
- Respecto a la documentación que debería estar presente y organizada para ser revisada, se encontró falta de información de avances, enmiendas, monitoreos, aprobaciones y autorizaciones en 27 casos.
- Se encontró también falta de notificación de eventos adversos en siete casos, pese a que éstos deben reportarse al ente regulador y al Comité de Ética que aprobó el estudio.
- Sobre el producto de investigación, se encontró almacenamiento inadecuado en 12; falta de control de la temperatura en 12; inadecuada eliminación de remanentes en dos; y medicamentos vencidos en uno.
- En cuanto a bioseguridad, se evidenció un manejo inadecuado de muestras y desechos, en 15 casos.
- En cuanto al seguimiento del estudio por parte de los Comités de Ética, en muchos casos los CIE habían estado al margen del desarrollo del EC luego de su aprobación.

Estos resultados, inicialmente incómodos para los inspeccionados, han permitido posteriormente comprender la importancia de la inspección en la ejecución del EC, para mejorar la calidad del desarrollo de los EECC en el país.

## Epílogo

El panorama de lo que podría acontecer en los próximos años, muestra un creciente número de ensayos clínicos a realizarse en esta parte del continente, donde se asume que para el 2010, habrá un incremento de casi 1000% de EC con relación al 2005. Esto implica una mayor responsabilidad en la participación del Estado a través de la autoridad regulatoria, y sobre todo, de los Comités de Ética en Investigación.

La OPS también pone en evidencia algunos aspectos sobre los EC en esta parte del continente<sup>6</sup>:

- Las Agencias Reguladoras del área poseen equipos de profesionales que necesitan incrementarse en número y calificación, incluyendo los equipos de inspección de BPC.

- Se requiere de un amplio desarrollo de Comités de Ética Independientes, no solo en número sino en calidad de evaluación y con procedimientos operativos definidos.
- Se requiere del entrenamiento de Investigadores Clínicos.
- Se requiere de normatividad acorde a los parámetros internacionales.

En conclusión, el INS tiene una gran responsabilidad frente a la sociedad y la comunidad científica en general, la de educar sobre la importancia y trascendencia de lo que significan los ensayos clínicos en general y su desarrollo en el país. Es evidente que la población en general no tiene idea clara de lo que ello significa, y generalmente tiene una percepción negativa de lo que es un estudio experimental en seres humanos, aunque ello también es producto de que quienes los realizan tampoco manejan con pleno conocimiento las implicancias éticas y normativas de la realización un ensayo clínico. Tampoco existe transparencia en la interacción con potenciales participantes en el proceso de su incorporación para el estudio, especialmente en la obtención del Consentimiento Informado, que en la mayoría de veces es solo una formalidad para lograr la firma del participante sin que éste tenga claridad sobre las implicancias de su participación.

Si se lograra cumplir adecuadamente con todos los procedimientos y se informara de manera transparente a los potenciales sujetos de investigación sobre los riesgos y beneficios de su participación es probable que la misma población abogaría por estos estudios experimentales.

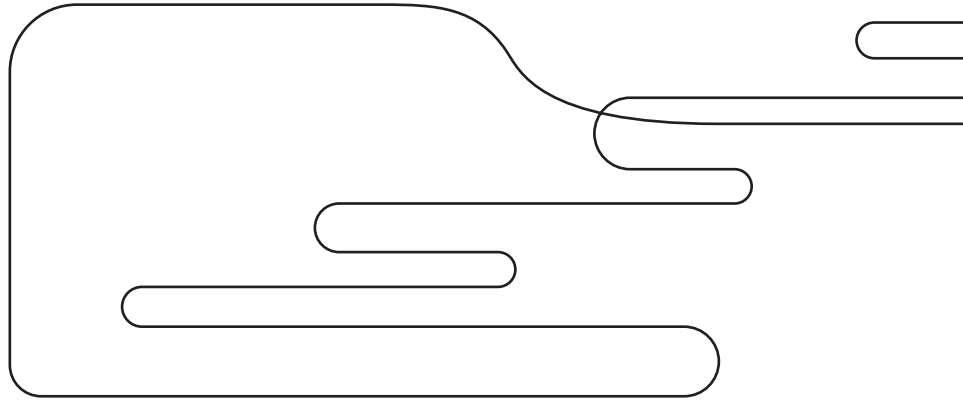
En la práctica vemos que son muy pocos los profesionales médicos participantes en un ensayo clínico que tienen claras las responsabilidades que conlleva asumir su ejecución, así como las corresponsabilidades de todos los involucrados frente a los riesgos de algún evento adverso serio que pueda presentarse en un sujeto de investigación. En otras observaciones recogidas en las inspecciones realizadas a las instituciones de investigación, un número significativo de los profesionales a cargo de los EC los ven solo como una actividad económica complementaria a su actividad regular.

Un aspecto trascendente en cuanto a la participación de los Comités Institucionales de Ética en el país es que no existe homogeneidad en cuanto a su composición, su reglamento de funcionamiento ni su participación en la evaluación y aprobación de un ensayo clínico. Se han dado casos en que un EC rechazado en un CIE sea aceptado en otro CIE. De otro lado, muchos de los CIE no realizan seguimiento o una inspección en la institución donde se ha estado llevando a cabo el estudio. .

Todo ello obligó a actualizar el Reglamento de Ensayos Clínicos en el Perú (proceso que se inició en 2004 y culminó en julio de 2006), ya que el preexistente databa del año 1981 y estaba desactualizado, requiriéndose la utilización de la normatividad internacional de Buenas Prácticas Clínicas y los Códigos de Ética Internacional en EC. Se tuvo sendas reuniones con los Patrocinadores, Investigadores, miembros de Comités de Ética, instituciones académicas, representantes de Organizaciones de Investigación por Contrato, y la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas, con la finalidad de consensuar el documento final, teniendo presente la protección del sujeto de investigación por el ente regulador, el INS. Cumplida esta etapa se elevó al MINSA para su decisión final, poniéndolo nuevamente en su portal de Internet a consideración de los interesados para recibir aportes comentarios y sugerencias finales. Finalmente el Reglamento fue promulgado el julio de 2006 antes del final de la administración de Alejandro Toledo aunque, como es de conocimiento público, el documento fue objeto de modificaciones a inicios de 2007.

## Referencias Bibliográficas

1. Lineamientos para la Buena Práctica Clínica. Conferencia Internacional de Armonización (CIARM) sobre requerimientos técnicos para el registro de productos farmacéuticos para su uso en humanos 1996.
2. OMS. Guías Operacionales para Comités de Ética que evalúan Investigación Biomédica. Ginebra 2000
3. OPS, OMS. Buenas Prácticas Clínicas- Documento de las Américas. IV Conferencia Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica. República Dominicana, 2005
4. Quick J. Maintaining the Integrity of the Clinical Evidence Base. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001; 79 (12): 1093
5. Lecca L, Llanos-Zavalaga F, Ygnacio JE. Características de los Comités de Ética en Investigación del Perú autorizados para aprobar ensayos clínicos. *Rev Med Hered Lima ene./mar. 2005*, 16(1):3-10.
6. OPS, OMS. Buenas Prácticas Clínicas- Documento de las Américas. IV Conferencia Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica. República Dominicana, 2005





# Agenda para una política de investigación en salud pública

**Carlos Bardález del Águila y Margarita Petrerá Pavone**

Este estudio se basa en la consultoría que convocó el Instituto Nacional de Salud (INS), instancia especializada del Ministerio de Salud (MINSA) en la investigación en salud pública, para la “Elaboración de una agenda de investigación en salud pública a corto plazo”<sup>1</sup>. El estudio tuvo como objetivo general elaborar una agenda de investigación en salud a corto plazo, que pudiese aportar a orientar las políticas y programas de salud del país. Tuvo de dos objetivos específicos: a) Efectuar una evaluación rápida sobre la situación de la gestión de la investigación en el MINSA; y b) Determinar áreas de investigación prioritarias en salud para el corto plazo. Desde esta perspectiva, en el transcurso de la consultoría se enfocó una agenda para una política de investigación en salud pública para el país, siendo la determinación de prioridades un componente de la misma.

## Metodología

La metodología de trabajo se basó en los siguientes principios, definiciones y procedimientos básicos:

- a) Una agenda de investigación en salud pública requiere que el proceso de gestión de la investigación en salud pública se haya institucionalizado y se desarrolle adecuadamente al interior del MINSA, en cuanto este es la entidad rectora del sector. La gestión de la investigación fue definida como el proceso orientado a regular y promover el desarrollo y la innovación de los conocimientos científicos, las metodologías y las tecnologías en salud que contribuyan al logro de los objetivos estratégicos del sector salud. Dicha institucionalización implica la articulación de la gestión de la investigación con los distintos procesos de gestión sanitaria que se desarrollan al interior de la institución rectora del sector.

**Cuadro 1.** El proceso de gestión de la investigación en salud pública

Proceso	Definición operacional
1. Establecer políticas de investigación en salud	Es el proceso mediante el cual se define la rectoría en investigación en salud pública, delimita y define las principales orientaciones, estrategias, prioridades y metas en el campo específico de la investigación en salud.
2. Regular y promover la investigación de salud	Es el subproceso por el cual se establece, actualiza y aplica las orientaciones generales, normas y acciones que rigen y promueven la investigación en salud de las personas, salud ambiental y ocupacional y en productos farmacéuticos, de acuerdo a las leyes nacionales, políticas y prioridades sanitarias nacionales, incluyendo los estándares y los criterios de fiscalización, seguimiento y evaluación.
3. Identificar las necesidades de investigación en salud	Es el subproceso orientado a la caracterización de problemas de salud y establecimiento de prioridades, identificando las necesidades de investigación para mejorar el conocimiento científico, las metodologías y las tecnologías de salud.
4. Programar anualmente la investigación en salud	Es el subproceso conducente a definir y ordenar las acciones necesarias para la investigación anual en salud, seleccionando y financiando los proyectos institucionales de investigación en salud.
5. Formular y aprobar proyectos de investigación en salud	Es el subproceso orientado a diseñar los proyectos institucionales de investigación dentro de los lineamientos y las necesidades de investigación, así como a revisar, modificar (si hubiera lugar) y aprobar dichos protocolos.
6. Desarrollar proyectos de investigación en salud y desarrollo institucional	Es el subproceso por el cual se ejecuta los proyectos institucionales, de acuerdo a la metodología y el diseño contenido en el protocolo de investigación en salud y sobre la organización y funcionamiento de los servicios de salud, para su mejoramiento.
7. Evaluar y difundir resultados de la investigación en salud	Es el subproceso por el cual se estima la producción de conocimiento, rendimiento y generación de nuevos temas de investigación, además se registra, archiva y divulga los hallazgos significativos, la información y el conocimiento generado.
8. Desarrollar capacidad institucional para la investigación	Es el subproceso desarrollado para acrecentar las condiciones y las competencias personales (formación de investigadores), metodológicas y tecnológicas de la institución para realizar de manera adecuada las investigaciones en salud.
9. Articular alianzas con centros de investigación e instituciones académicas	Es el subproceso por el cual se organiza vinculaciones con centros de investigación e instituciones académicas para lograr coherencia, eficacia y eficiencia en las investigaciones en salud, con la finalidad de cubrir las necesidades de investigación.
10. Evaluar ejecución de programación anual de investigación	Es el subproceso por el cual se estima el rendimiento de la programación anual de las investigaciones.

**Cuadro 2.** Matriz de categorías de análisis e indicadores para el proceso de gestión de la investigación en salud pública

Categoría de análisis	Indicador
Establecimiento de políticas de investigación en salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mención expresa de la investigación en salud al interior de los lineamientos generales de política de salud.</li> <li>▪ Existencia de lineamientos específicos de políticas de investigación en salud pública.</li> <li>▪ Relación explícita de los lineamientos específicos de políticas de investigación en salud pública con los objetivos estratégicos del sector.</li> <li>▪ Grado de consulta y amplitud institucional en la formulación de lineamientos específicos de políticas de investigación en salud pública.</li> <li>▪ Organización institucional para la formulación de políticas de investigación en salud.</li> </ul>
Regulación y promoción de la investigación en salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grado de comprensión de la regulación sobre investigación en salud.</li> <li>▪ Frecuencia de actualización de normas sobre investigación en salud.</li> <li>▪ Fiscalización de la investigación pública y privada en seres humanos.</li> <li>▪ Existencia de acciones de evaluación de la aplicación de normas sobre investigación en salud.</li> <li>▪ Existencia de normas, orientaciones y planes de promoción de la investigación en salud.</li> <li>▪ Existencia de normas que regulen la gestión de investigación en salud pública realizada con fondos públicos.</li> </ul>
Identificación de necesidades de investigación en salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Procedimientos existentes para la identificación de necesidades y determinación de prioridades de investigación en salud pública.</li> <li>▪ Coherencia de las prioridades de investigación en salud pública con las prioridades sanitarias y los objetivos estratégicos del sector salud.</li> <li>▪ Grado de consulta y amplitud institucional en la identificación de necesidades y en la determinación de prioridades de investigación en salud pública.</li> </ul>
Programación anual de la investigación en salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existencia de planes y programas de investigación en salud.</li> <li>▪ Grado de consulta y amplitud institucional en programación de la investigación en salud pública.</li> <li>▪ Organización institucional para la programación de investigación en salud.</li> <li>▪ Montos aproximados de los presupuestos asignados y ejecutados en investigación de salud pública en las distintas dependencias del Ministerio de Salud.</li> </ul>
Formulación y aprobación de proyectos de investigación	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organización institucional para la formulación y aprobación de proyectos de investigación en salud.</li> </ul>
Desarrollo de proyectos de investigación en salud y desarrollo institucional	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dependencias que desarrollan proyectos de investigación en salud pública.</li> <li>▪ Tipos de proyectos de investigación en salud pública que desarrollan las distintas dependencias del sector salud.</li> <li>▪ Procedimientos existentes para la ejecución y supervisión de los proyectos de investigación.</li> </ul>

**Cuadro 2.** (Continúa)

Categoría de análisis	Indicador
Evaluación y difusión de resultados de investigación	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Procedimientos existentes para la evaluación de las investigaciones realizadas.</li> <li>▪ Procedimientos existentes para el registro y archivo de resultados de investigaciones realizadas.</li> <li>▪ Procedimientos existentes para la divulgación de los resultados de investigaciones realizadas.</li> <li>▪ Organización institucional para la evaluación y difusión de resultados de investigación.</li> <li>▪ Aplicación de los resultados de investigación en salud pública en la gestión sanitaria.</li> </ul>
Desarrollo de capacidad institucional para la investigación	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existencia de planes y programas de desarrollo de capacidad institucional para la investigación en salud.</li> <li>▪ Acciones realizadas de desarrollo organizacional tendientes al fortalecimiento de las capacidades institucionales para la investigación en salud pública y su gestión.</li> <li>▪ Acciones realizadas de fortalecimiento de las competencias del personal para la investigación en salud pública y su gestión.</li> <li>▪ Montos aproximados de los presupuestos asignados y ejecutados en desarrollo de capacidades institucionales para la investigación.</li> </ul>
Articulación de alianzas con los centros de investigación e instituciones académicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existencia de planes de articulación de alianzas con los centros de investigación e instituciones académicas.</li> <li>▪ Convenios suscritos con centros de investigación e instituciones académicas.</li> <li>▪ Montos aproximados de financiamiento compartido de investigaciones en salud pública.</li> </ul>
Evaluación de la ejecución de la programación anual de investigación	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Procedimientos existentes para la evaluación de la ejecución de investigación en salud pública.</li> <li>▪ Procedimientos existentes para la evaluación de la gestión institucional de investigación en salud pública.</li> <li>▪ Aplicación de las conclusiones de resultados de evaluaciones de la gestión institucional de la investigación en salud pública.</li> </ul>

Bajo un enfoque sistémico y de análisis de procesos, dicho proceso puede ser desagregado en sus partes constitutivas, las cuales son mostradas en el Cuadro N° 1, en cuya primera columna se indica el subproceso y en la segunda su correspondiente definición operacional. Dicho proceso tiene insumos previos: los lineamientos de políticas generales en salud; el planeamiento estratégico y operativo del sector; la organización institucional; entre otros. Por otro lado, su adecuado funcionamiento depende del soporte que puedan dar otros procesos de gestión sanitaria, estando entre los más importantes la gestión de la información en salud, la gestión del financiamiento, y la gestión de recursos humanos. El éxito en la gestión de la investigación en salud depende del adecuado desempeño de cada uno de los subprocesos que la componen; de otro modo, no se alcanzará los resultados esperados y su aplicación en la toma de decisiones de la gestión sanitaria tendrá limitaciones.

Para efectuar la evaluación de la gestión de la investigación en salud pública en el MINSA se consideró cada uno de estos subprocesos como categorías de análisis para el estudio, cada una de las cuales fue desagregada en un conjunto de indicadores, que son mostrados en el Cuadro N° 2.

- b)** Las prioridades de investigación fueron definidas como un conjunto de políticas destinadas a relevar -mediante apoyo financiero, organizacional, de capacitación e intercambio-, un agregado de áreas temáticas, metodologías y estrategias de desarrollo de la investigación. Si bien son esenciales, las prioridades son una pieza de gestión dentro de un conjunto de competencias que permiten gestionar la investigación en salud pública.

La metodología aplicada fue diseñada sobre la base de la estrategia propuesta por el Consejo de Investigación en Salud para el Desarrollo (COHRED), mediante una aproximación cualitativa y en el marco de un proceso institucionalizado de formulación, desarrollando los aspectos específicos para el establecimiento de prioridades de investigación en salud pública:

- 1) La legitimación de la necesidad de generar una política de investigación en salud.
- 2) Las bases para el establecimiento de criterios (actores, análisis situacional y áreas para la determinación de prioridades en salud)
- 3) La determinación de criterios para el establecimiento de prioridades
- 4) El desarrollo de las acciones de consolidación a la identificación de áreas y prioridades
- 5) La implementación de prioridades.

En el Cuadro N° 3 se presenta dicha matriz de pasos, indicadores y responsables para cada aspecto del proceso. Como es fácil apreciar no todos los aspectos fueron de responsabilidad de la consultoría, habiéndose presentado ciertas dificultades para el ejercicio del liderazgo de conducción del proceso por parte del INS y del MINSA, lo cual debilitó la necesaria legitimidad del mismo.

**Cuadro 3.** Matriz de aspectos, pasos, indicadores y responsabilidades para el proceso de determinación de prioridades de investigación en salud pública

Aspectos	Pasos	Indicador	Responsable
Legitimación de la necesidad de generar una política de investigación en salud	Desarrollo del liderazgo	Formalización de la constitución del equipo MINSA responsable de la conducción del proceso	MINSA-INS
	Creación de conciencia	Participación Alta Dirección-MINSA	MINSA-INS
	Obtención de acuerdos con los participantes	Participación institucional	MINSA-INS
	Planeamiento del proceso de gestión para definición de prioridades	Plan de trabajo con método y recursos asignados	MINSA-INS
Bases para el establecimiento de criterios: actores, análisis situacional y áreas para la definición de prioridades	Identificación de actores según sus roles y representatividad	Listado de identificados	MINSA-INS CIES
	Análisis situacional	Evaluación rápida del proceso	CIES
	Identificación de áreas de investigación derivadas del análisis situacional	Áreas identificadas	CIES
Determinación de criterios para establecimiento de prioridades	Criterios elaborados	Rondas de Consulta Entrevistas Encuestas	CIES MINSA-INS
	Elección del método de valoración	Método de valoración elegido y en uso por encuestados y entrevistados	CIES
Acciones de consolidación para la identificación de áreas y prioridades	Especificación de problemas de investigación	Acciones de identificación	CIES
	Traducción de áreas específicas a objetivos, estrategias y prioridades	Documentos de trabajo Reunión técnica	CIES MINSA-INS
	Elaboración de documentos conceptuales	Documentos de trabajo	MINSA-INS
	Publicación y difusión de la agenda de investigaciones prioritarias	Publicación Talleres de difusión	MINSA-INS
	Identificación de requerimientos para el logro de recursos	Identificación de fuentes y requerimientos	MINSA-INS
	Establecimiento de cronogramas	Cronograma	MINSA-INS
	Identificación de grupos potenciales	Documento de identificación	MINSA-INS
	Implementación de prioridades	Creación de equipos interdisciplinarios e intersectoriales por resultados	Formación de grupos de investigadores por áreas priorizadas
Identificación de recursos por área prioritaria		Diseño de mecanismos para promover la agenda de investigación	MINSA-INS
Elaboración y difusión de protocolos y métodos		Cursos de capacitación programados	MINSA-INS Otros aliados

Aspectos	Pasos	Indicador	Responsable
Implementación de prioridades	Establecimiento de procesos de revisión científica	Convocatoria a agencias e instituciones	MINSA-INS
	Mecanismos para el monitoreo y evaluación del trabajo investigativo	Sistema de alerta rápida para ver acceso de grupos más rezagados	MINSA-INS
	Desarrollo de mecanismos de fomento para la implementación	Convocatorias públicas Talleres Publicaciones	MINSA-INS Otros aliados
	Utilización	Instancia y normas para la traducción de resultados de investigaciones en recomendaciones de política	MINSA-INS Otros aliados

Elaborado con base en: Consejo de Investigación en Salud para el Desarrollo (COHRED): *Un Manual para el Establecimiento de Prioridades de Investigación usando la Estrategia del INES*. Ginebra, julio 2002.

Los pasos metodológicos empleados para la determinación de áreas prioritarias de investigación en salud pública son mostrados en la Gráfica N° 1. La interacción entre los objetivos estratégicos del sector salud, los problemas de salud y de la organización del sistema de salud permite proponer áreas de investigación. Tanto los objetivos estratégicos del sector salud como el análisis de la situación de salud fueron tomados en el primer caso, y resumidos en el segundo, del documento Lineamientos Generales de Política de Salud para el periodo 2002 – 2012 y los Objetivos Estratégicos 2002-2006 <sup>2</sup>. Las áreas de investigación fueron precisadas a partir de la literatura y discusión interna. Con dicho material se elaboró un cuestionario para conducir al encuestado a un proceso de priorización.

**Gráfica 1.** Proceso de determinación de prioridades de investigación



- c) La obtención de resultados para ambos objetivos consideró dos fuentes principales de información: (i) revisión de la bibliografía existente que documentara dicho proceso; (ii) aplicación de entrevistas en profundidad y semi-estructuradas a informantes claves (funcionarios públicos, tomadores de decisión, académicos, representantes de la sociedad civil y de la cooperación internacional, que constituyeran actores relevantes en dicho proceso). Asimismo se efectuó una reunión técnica con expertos investigadores en salud pública y en gestión de la misma, pertenecientes tanto a instituciones públicas como privadas, convocados con el objetivo principal de validar y reformular la propuesta de prioridades temáticas de investigación.

## Resultados y Discusión

Los resultados sobre la situación del proceso de gestión de la investigación en el Ministerio de Salud fueron los que se señala a continuación:

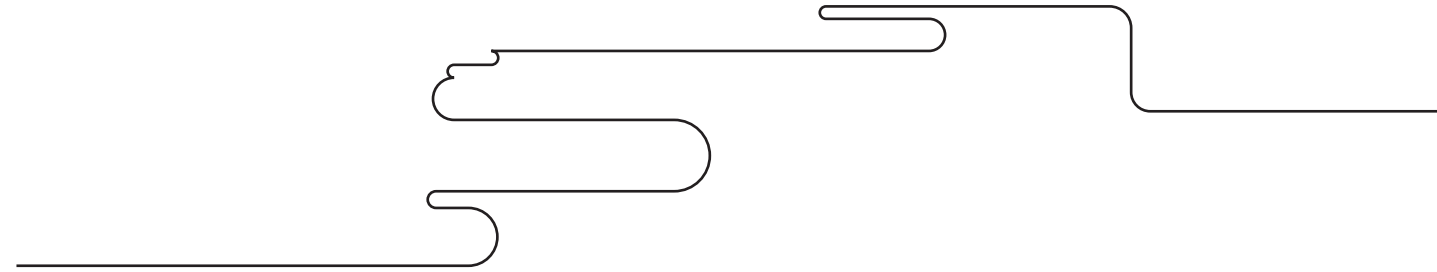
- a) Existen limitaciones significativas en la organización institucional del MINSA para la gestión de la investigación en salud pública. Sus documentos organizacionales no analizan este proceso; más aún, éste ni siquiera está considerado como un proceso en sí mismo, no siendo sistemática la descripción de competencias de las diversas unidades orgánicas, dejando importantes vacíos en la mayor parte de casos y estableciendo sobreposición de funciones en otros.
- b) Igualmente, se observó limitaciones en los compromisos del INS con respecto a la generación de las condiciones necesarias para la legitimación y vigencia institucional de una política de investigación en salud, en la medida que ello requería un proceso concertado y participativo desde el nivel central, sus direcciones generales y órganos desconcentrados, para legitimar su liderazgo con base sectorial y regional.
- c) A pesar de realizarse actividades de investigación en una proporción no despreciable, el ejercicio de las funciones del proceso de gestión sanitaria se desarrolla de manera compartimentada entre las diversas instancias del MINSA, con escasa relación entre ellas.
- d) En general, el ejercicio de estas funciones es heterogéneo:



- Los subprocesos más incipientes y casi ausentes son los de establecimiento de políticas, de regulación y de evaluación de la gestión de la investigación.
  - Son escasos los de promoción, planificación, identificación de necesidades, evaluación y difusión de resultados de investigación de salud, así como el desarrollo de las capacidades institucionales y articulación de alianzas con centros de investigación e instituciones académicas.
  - Los subprocesos que más se ejecutan son los de formulación, aprobación y desarrollo de proyectos de investigación en salud; sin embargo, su impacto en la gestión sanitaria es limitado debido a que obedecen más a iniciativas aisladas.
- e) La investigación es insuficientemente considerada como herramienta para la toma de decisiones en la gestión sanitaria en el MINSA, donde una cultura de gestión basada en evidencias es aún muy incipiente.

## Referencias Bibliográficas

1. Instituto Nacional de Salud. Elaboración de una Agenda de Investigación en Salud Pública en el Perú. Lima, INS/CIES, 2005.
2. MINSA. *Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001-Julio 2006*. Lima, 2002



# Anexos

---

## ANEXO I - Lista de Investigaciones Presentadas por Mesa Temática

### CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
Consumo de drogas y violencia laboral en mujeres que trabajan; Un Estudio Multicéntrico: México, Perú, Brasil	Musayón Oblitas, Yesenia Flor	Alonso Castillo, María Magdalena; Scherfowski Lead, Helena María; Gómez Meza, Marco Vinticio;	La compleja relación del fenómeno de las drogas y la violencia se ha agravado en los últimos años, producto del proceso de globalización y los cambios estructurales económicos como la desregularización de las actividades productivas.	Determinar la proporción de consumo de drogas de las mujeres que trabajan e identificar algunos factores de riesgos personales y laborales; identificar la presencia de violencia laboral y su relación con el consumo de drogas.	Con una muestra de 903 mujeres, en los resultados se observa que la proporción de consumo de alcohol en México fue del 11%, en Perú de 53% y en Brasil de 45%. El consumo de drogas ilícitas en México fue del 5% y en Perú de 6%.
Dimensiones culturales y estructurales del consumo de alcohol en mujeres en prostitución, Tarija, Bolivia	Robillard, Chantal		Estudios internacionales del consumo de alcohol revelan la necesidad de considerar la dimensión de género. Esas investigaciones mencionan como varían los patrones de consumo según los roles sexuales atribuidos a las mujeres.	Considerando la prostitución como uno de estos roles, esta presentación ofrece una reflexión sobre el valor simbólico positivo del consumo de alcohol en la auto-definición de la femineidad por las mujeres prostitutas.	Los datos nos permiten proponer como hipótesis que el consumo de alcohol redefine la relación de las mujeres en prostitución con los clientes y con las actividades sexuales. Este consumo les ofrece la posibilidad de separarse de los atributos del estigma.
La relación entre el uso de drogas y la infección por VIH/SIDA en cuatro ciudades del Perú	Salazar Lostanau, Ximena	Cáceres Palacios, Carlos; Salazar Condar, Víctor; Rosasco, Ana María; Ruiz Burga, Elisa; Girón Vilela, Maziel; Sandoval Figueroa, Clara	Desde hace bastante tiempo se ha evidenciado un vínculo entre el uso de drogas, principalmente inyectables, y la transmisión del VIH, como forma de contagio. En el Perú el uso de drogas no inyectables, principalmente el alcohol,	Se pretende describir y analizar la/s forma/s en que el consumo de drogas influye en las prácticas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH, según el género, la orientación sexual y las condiciones de vida de las personas involucradas.	Los resultados preliminares del estudio cuantitativo, demuestran que más allá del uso reducido del preservativo, 43% de la población encuestada afirma no usarlo en sus encuentros sexuales.
Estudio epidemiológico sobre consumo de drogas y violencia en niñas(os) de un colegio estatal mixto residentes en el distrito de Jesús María	Uriaga Rubio, María Luisa		Colegio Estatal Mixto de Educación Primaria ubicado en el Distrito de Jesús María	Identificar las características de consumo de drogas y uso de violencia en niñas(os) encuestados, así como los factores de riesgo y factores protectores para consumo de drogas y uso de violencia en las(os) niñas encuestados.	La prevalencia de consumo de drogas es mayor en niños que en niñas, igualmente lo es el uso de violencia. A mayor edad y grado de instrucción las diferencias se mantienen. La edad de inicio de consumo de drogas es también menor en los niños.
Prácticas de consumo de tabaco del Personal de Salud de los Servicios de Cirugía y Medicina del Hospital Arzobispo Loayza. 2003, 2004	Zárate, Margot	Crisóstomo Lizeth; Meza Jacqueline; Zea Vanessa; Cosco Jessica; Tello Katty	La OMS promueve en forma prioritaria que los profesionales de la salud dejen de fumar, porque ellos desempeñan una importante función como educadores en la promoción de comportamientos saludables en la población en general.	Determinar las prácticas del consumo de tabaco en el personal de salud de los servicios de medicina y cirugía del Hospital Nacional Arzobispo Loayza	La prevalencia de vida de tabaco en el servicio de cirugía fue: 98.2% en médicos, 90.9% en enfermeras y 92.7% en técnicos de enfermería. Se encontró significancia estadística en: la prevalencia de vida según sexo (98.6% varones y 90.3% mujeres).

## DERECHOS EN SALUD Y LUCHA CONTRA EL ESTIGMA

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
Estigma y discriminación: la mirada de las personas que viven con VIH/SIDA en el Perú.	Diez Canseco Montero, Francisco	Cisneros, Fernando; Soto Marina	Las epidemias del VIH y del SIDA han sido calificadas como "la más grande amenaza para la supervivencia humana en los últimos 700 años", y los esfuerzos y recursos dirigidos a frenar su avance no han logrado alcanzar el éxito.	Identificar y describir las situaciones discriminatorias que las PVS reportan como más frecuentes en distintos ámbitos, desde sus familias hasta los servicios de salud. Explorar el estigma interno en las PVS.	La discriminación es frecuente en la vida de las PVS y de sus familiares cercanos. Se expresa en cada espacio de interacción social: Familia, vecindario, escuela, trabajo y servicios de salud.
Derechos de personas usuarias y prevención y resolución de conflictos en los servicios de salud.	Huaita, Marcela	Ríos, María; Ormachea, Iván	Durante la década de 1990 -que se caracterizó por ser especialmente vulnerable de derechos- se desarrollaron iniciativas desde el sector salud con la intención de disminuir las violaciones a los derechos de las personas usuarias.		
Caso Karen Llantoy. El uso de mecanismos de protección de derechos humanos supranacionales para incidir en políticas de salud reproductiva.	Lajta Villena, Jeannette		En el Perú, desde 1924, está despenalizado el aborto terapéutico, es decir cuando se realiza para salvar la vida de la mujer gestante o evitar un mal grave y permanente en su salud.		
EXPERIENCIA: Arte contra el Estigma y la Discriminación. Intervención artística "VIVO con VIH"	Olivos, Fernando	Cáceres, Carlos; Pérez-Luna, Griselda; Salazar, Ximena; Campusano, Giuseppe; Cortals, Charital; Gonzáles, Mónica; Signori, Renzo	El estigma asociado al VIH/SIDA ha conducido a la discriminación y violación de los derechos humanos, causando sufrimiento a los individuos, sus familias y comunidades, no permitiendo el desarrollo de estas personas como seres humanos plenos.	Conducir la colaboración entre artistas, comunidades, profesionales e investigadores para el desarrollo de una intervención artística que tenga impacto en la reducción del estigma y la discriminación hacia personas viviendo con VIH.	
Derechos en salud: en un grupo de pacientes del Instituto Materno Perinatal de Lima, Perú.	Zárte Cárdenas, Eduardo	López S., Milena; Gamboa S., Tuty; Guispe A., Yolanda; Arca Gonzáles del Valle, José; Zavaleta, Jenny	Un país multiétnico y multilingüe como el nuestro nos sugiere abordar la problemática de los derechos en salud. Los derechos de salud de las mujeres en el Perú son un problema de Salud Pública poco tratado.		

## EDUCACIÓN EN SALUD

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
Aproximación del Modelo Alotérico de Aprendizaje a la Capacitación de Adultos.	Aguilar Angeletti, Ana Jesús		En un grupo de treinta profesores de Educación Secundaria, quienes ya habían participado en el Programa de Educación para Niños, en las concepciones erróneas sobre educación sexual de profesores de Educación Secundaria con experiencia en participación en Programas.	Definir los efectos de la aplicación del Modelo Alotérico de Aprendizaje de André Giordan (MAAdAG), creado para niños, en las concepciones erróneas sobre educación sexual de profesores de Educación Secundaria con experiencia en participación en Programas.	Aunque habían participado en Programas de Capacitación sobre Educación Sexual, las más frecuentes distorsiones encontradas en el grupo fueron sobre la edad fértil de la mujer y el período de fertilidad de la mujer en cada mes.
Capacitación a docentes en estilos de vida saludables y la prevención de ITS/VIH y SIDA: Lecciones aprendidas en siete ciudades del país.	Bustamante, Inés Verónica	Núñez, Mirtha; Salazar, Zulma; Zagal, María Clelia; Contreras, Claribel	En el Perú el grupo edad con mayor proporción de personas viviendo con SIDA son jóvenes de 25 a 29 años (OGE), que probablemente adquirieron la infección cuando eran escolares, por lo que el ámbito educativo es importante para la prevención.		
Enlace Hispano Americano de Salud (EHAS) - Responsabilidad de la Universidad Peruana Cayetano Heredia	Guerra, Humberto	Kiyán, Carlos; Pozú, Jamine	La atención primaria de salud llega a prácticamente todas las poblaciones del Perú, pero se realiza con escasos recursos y personal.		
La sistematización como reconstrucción histórica de procesos de educación popular: un estudio comparado del trabajo educativo de enfermería en salud colectiva.	Núñez Vargas, Magda		El objeto de estudio de esta investigación, trata de la sistematización de las experiencias del trabajo educativo en Educación Popular para Enfermería en Salud Colectiva.	Describir el abordaje teórico-metodológico de la sistematización en experiencias de educación popular; elaborar una propuesta de sistematización para las experiencias del trabajo educativo de enfermería en las comunidades carentes.	Esta sistematización permitió constatar la integridad de la experiencia vivenciada en una colectividad como un servicio para mejorar la calidad de vida, además de los avances y limitaciones de las realidades investigadas.
¿Qué le cuentas?: Experiencias sobre un modelo de intervención comunitaria de prevención de ITS/VIH en el Perú	Rosasco, Ana María	Salazar, Ximena; Girón, Maziel; Sandoval, Clara; Fernández, Percy; Cáceres, Carlos	Hasta abril de 2005 en el Perú fueron notificados 16832 casos de SIDA (OGE-MINSA, 2005), estimándose 40 mil personas viviendo con VIH/SIDA (Cáceres et al., 2004). La epidemia es principalmente urbana, afectando a la población pobre, 57% menor de 35 años.		

## EDUCACIÓN EN SALUD

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
Prevención Acción de la Educación en Salud en el Barrio Habitar Brasil (Sector 3): aproximación académica de las/os alumnas/os del segundo periodo de enfermería en la integración multidisciplinaria docente/discente de la Facultad de Ciencias Biomédicas	Núñez Vargas, Magda	Costa Leite, Airton; Da Silva Viana, Marceño; Santana Rodrigues, Saniina	Este trabajo trata de una propuesta académica de los docentes de la Facultad de Ciencias Biomédicas de Cacoal –BRA, específicamente a través de las asignaturas: Epidemiología, Sociología Aplicada a la Salud, Tópicos Especiales I.		

## ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
Percepción de los estudiantes acerca de las inconductas éticas de los docentes en una Universidad Pública. Lima, Perú 2005	Chávez, Martha Marlina	Mijanovich Castilla, Manuel; Canales Quevedo, Isaac; Norberto Sifuentes, Violeta	La calidad en la formación de profesionales depende no sólo de los conocimientos y habilidades explicitados en el currículo sino que también ejercen influencia, los valores que exhiben sus docentes.	Identificar la prevalencia de inconductas éticas de los docentes de una universidad pública desde la percepción de los estudiantes. Comparar la percepción de los estudiantes según escuela de procedencia, sexo y edad.	Edad promedio: 21.66 años 3.65, predominando los jóvenes de 18 a 21 años (55,02%); mayor porcentaje del sexo femenino 57,40%. El 45,0% fue de Medicina, 32,7% de Educación y 22,3% de Enfermería. Se identificaron 17 inconductas éticas.
Manuscritos publicados en revistas biomédicas peruanas: revisión del cumplimiento de estándares de ética en investigación	Lecca García, Leonid	Llanos-Zavalaga, Fernando; Ygnacio Jorge, Erika	En los últimos años, el crecimiento de la investigación nacional, ha tratado como consecuencia la necesidad de insertar en nuestro medio una cultura de ética en la práctica de la investigación.	Conocer la frecuencia en que las investigaciones publicadas en revistas biomédicas peruanas cumplen con los requerimientos éticos; aprobación por un CEI y obtención del CI de los participantes.	De 7 revistas revisadas, se identificaron 735 artículos que involucraban a sujetos humanos. Según tipo de estudio se encontró: descriptivo 57,9%, transversal 31,7%, y sólo 2,8% experimental. 66,7% incluyó participantes de Lima, 22,4% de provincias.
Ejecución de un Taller Internacional sobre Ética de la Investigación Científica y la Práctica Clínica	Pajuelo, José	Cáceres, Carlos; Valverde, Rocío; Perdomo, Germán; Llanos, Roberto; Ten Have, Henk	En los últimos años se viene dando un desarrollo importante de la bioética como campo de reflexión, tanto en lo correspondiente a la investigación en seres humanos y animales como en lo referente a la práctica clínica.		

## FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
Análisis de la formación y necesidades de capacitación en salud pública en el marco de la descentralización: regiones Lambayeque, La Libertad, San Martín, Ucayali.	Béjar-Cáceres Rosa Inés	Villena F.; Cancino B.; Porfocarrero J.; Bustamante S.; Gutiérrez N.; Espinoza C.; Redtegui N.	El Perú ha iniciado un proceso de descentralización y requiere de la generación de capacidades regionales que den sostenibilidad al mismo. La participación de las universidades está adquiriendo un rol creciente en el ámbito regional.	Realizar un análisis de la formación y necesidades de capacitación en Salud Pública para contribuir a la institucionalización de capacidades regionales que den soporte al proceso de descentralización en salud en Lambayeque, La Libertad, San Martín y Ucayali.	La problemática en el sector salud fue expresada en: gestión en salud ineficiente, inadecuado financiamiento, prestación, promoción y prevención en salud, e incremento de problemas sanitarios. Se identificaron 25 programas.
Lecciones aprendidas de la experiencia de implementación del Programa de Gerencia Aplicada en Salud-PROGRESA- en la Región Junín	Escalante Guzmán, Giovanni	Marchena Redtegui, Pedro; Pastor Gozqueña, Ada; Scarsi Martíuech, Rossana; Huamani Palomino, Luis	Con el propósito de fortalecer las competencias de los gestores de las redes y micro-redes fue implementado un innovador programa de gerencia aplicada en salud en el marco de la asistencia técnica y financiera de la Alianza de los Estados Unidos.		
PROGRESA promueve el desarrollo de competencias gerenciales en salud	Marchena Redtegui, Pedro		El Perú se encuentra en un proceso de reforma y modernización del Estado, uno de cuyos elementos impulsores es el proceso de descentralización. Al mismo tiempo, el sector salud desarrolla nuevas modalidades de organización, funcionamiento y gestión.		
Asistencia Técnica en Autoevaluación y Acreditación para Facultades de Medicina	Mendoza, Pedro	Zamora, Rosa; Zevallos, Leslie; Muñoz, Néida; Díaz, Pedro; Núñez, Manuel; Seminario, Jorge	La presente experiencia se desarrolló en el marco del proceso de acreditación de Facultades de Medicina en el Perú, durante el periodo 2003-2004.		
Reconstrucción del proceso de salud-enfermedad-ate nión como recurso metodológico. Un estudio de caso	Taype Castillo, Tanya	Vidal Soto, Eduardo	La intervención educativa se realizó en estudiantes de posgrado de la Maestría de Salud Pública en Huaraz. Se trata de profesionales de la salud que laboran en la sierra norte de Lima y se hallan vinculados con problemáticas de salud pública rural.		
Evaluación de la Escuela de Medicina Humana de la UNMSM según los estándares CAFME, año 2001	Zevallos, Leslie	Vidal, Alvaro; Mendoza, Pedro; Huamán, Norma; Ramón, Walter; Cruz, Víctor; Carnuapoma, Mistral; Redtegui, Luis	La presente experiencia se desarrolló en el marco de la Ley Nº 27154 que institucionaliza la Acreditación de Facultades de Medicina en el Perú y la Resolución Suprema Nº 013-2001-SA, que aprueba los Estándares Mínimos para la Acreditación de Facultades.		



## GÉNERO, VIOLENCIA Y SALUD

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
Violencia, género y salud mental: estudio preliminar entre mujeres del distrito de Independencia	Buitrón Aranda, Ayme		Según la población de la sierra la delincuencia, el narcotráfico, el terrorismo, los problemas económicos, familiares y de salud son los principales factores que afectan la salud mental.	Conocer la relación entre violencia, autoestima e interacción agresor-agredido.	En el estudio que realizamos encontramos que de un total de 13 personas entrevistadas la mayoría (8) se encuentra con una autoestima media-baja, nuestro trabajo se desarrolló en el distrito de Independencia, zona en que viven sobre todo personas de sectores populares.
Determinantes sociales de la violencia conyugal contra la mujer en el distrito de Jaén.	Domínguez Palacios, Albita Beatriz		La violencia contra la mujer, afecta a millones de mujeres en el mundo. Grupos de mujeres y Organismos Internacionales reconocen el problema de la violencia contra las mujeres no sólo como un problema social y de salud pública, sino también como una violación.	El objetivo general es establecer el nivel de asociación que existe entre las condicionantes sociales y la violencia conyugal en mujeres de 15 a 49 años del distrito de Jaén, y a partir de ello generar un modelo que explique los procesos de violencia.	Ocho de diez mujeres en el distrito de Jaén ha sido víctima de violencia alguna vez en su vida. La mujer maltratada sufre tres tipos de violencia con preeminencia de la violencia psicológica sobre la sexual y física.
Servicios de salud para víctimas de violencia sexual: Un análisis del cumplimiento de compromisos nacionales e internacionales.	Guerrero Vásquez, Rossina	Chávez, Susana	La investigación, surge como iniciativa de la Mesa de Vigilancia Ciudadana en Derechos Sexuales y Reproductivos ante la denuncia de una adolescente de 17 años que fue violada y no recibió la atención adecuada en un hospital público de acuerdo a lo establecido.	Definir el cumplimiento de la normativa nacional referida a la atención de víctimas de violación sexual en los servicios de emergencia de los hospitales públicos de salud.	Existe un avance en la incorporación de estándares internacionales a la normatividad y a las políticas nacionales en materia de atención a la salud de víctimas de violación sexual, pero aún existen dificultades para que se traduzcan en políticas operativas.
Prisiones domésticas, ciudadanías restringidas. Violencia sexual a trabajadoras del hogar en Lima	Ojeda Parra, Teresa Esther		La realidad en la que se encuentran las trabajadoras del hogar es crítica: se insertan al mercado laboral tempranamente, en algunos casos inclusive desde los 6 años de edad. Este trabajo se realiza aisladamente al interior de los hogares de terceros.	Conocer las situaciones y condiciones que restringen el ejercicio de los derechos ciudadanos y sexuales de las trabajadoras del hogar dentro del marco de los derechos humanos y de género, en particular cuando enfrentan eventos de violencia.	Las características de la modalidad "cama-adentro" del servicio doméstico, especialmente, vulneran a las trabajadoras del hogar –más aun si son menores de edad- y facilitan que algunos empleadores las sometan sexualmente a través del hostigamiento/acoso.



## GÉNERO, VIOLENCIA Y SALUD

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
Masculinidades y Violencia Conyugal	Ramos Padilla, Miguel Angel		Experiencias de vida de hombres de barrios populares de las ciudades de Lima y Cusco	Comprender la manera en que los varones atribuyen significados a sus relaciones de pareja, a los juegos de poder, autoridad y sumisión entre los géneros; entender la lógica que subyace en el ejercicio de la violencia contra la mujer.	En la atmósfera de malestar y dolor no solo están encerradas quienes sufren la violencia, sino también los agresores. La resistencia femenina suma en malestar a los hombres pues quiebra la hegemonía y el modelo de dominación interforzado.
Cuerpo, deseo y placer en mujeres "jugadoras" jóvenes de 15 a 19 años de sectores populares. Auto-determinación y negociación, base del ejercicio de ciudadanía	Taype Castillo, Tanya	Meliéndez De la Cruz, Raquel; Gushiken Miyagui, Alfonso	El estudio se realizó en la zona de Tahuantinsuyo, zona urbana-popular del distrito de Independencia. El contexto en el que se desenvuelven las jóvenes entrevistadas se caracteriza en su mayoría por la precariedad económica y por pertenecer al grupo de población migrante de 3ra y 4ta generación.	Explorar las representaciones y vivencias de las jóvenes "jugadoras" de 15 a 19 años de Tahuantinsuyo Bajo-Independencia, respecto al cuerpo, deseo y placer que se expresan en las interacciones sexuales.	La autopercepción de las jóvenes sobre sí mismas adquieren diferentes denominaciones dependiendo de la variabilidad de los significados de las relaciones que establecen con la pareja sexual ocasional.
Convivencia y sexualidad en parejas surandinos residentes en Arequipa	Vela Quico, Alejandro	Apaza Arce, Dina	En el trabajo de comunicación se percibe la presencia de diversas concepciones sobre los temas sociales y particularmente acerca de la familia.	Identificar y analizar las concepciones y actitudes de la constitución de las parejas y la vivencia de la sexualidad en parejas de inmigrantes de origen surandino.	La constitución de una pareja para la convivencia se basa en un criterio endogámico, donde ambos sienten comprensión y respeto al compartir los mismos rasgos culturales.

GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD					
Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
Estrategias de cogerión basadas en las Asociaciones CLAS para fortalecer la promoción de la salud para el cambio de comportamiento en la comunidad y la atención integral de salud con calidad.	Altobelli Meier, Laura C.	Espejo-Alayo, Luis; Cobrejos-Pita, José; Vargas Vásquez, Alejandro	El Programa de Administración Compartida que comprende la tercera parte del primer nivel de atención ha pasado del Programa de Administración de Acuerdos de Gestión a la Dirección General de Salud de las Personas.	Gestión de Servicios de Salud	Estrategias de cogerión basadas en las Asociaciones CLAS para fortalecer la promoción de la salud para el cambio de comportamiento en la comunidad y la atención integral de salud con calidad.



## GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
Costo Eficiencia de las Asociaciones CLAS	Altobelli Meier, Laura C.	Sovero Utrillo, Ana	En los últimos 12 años el Ministerio de Salud ha implementado el Programa de Administración Compartida como un sistema para el financiamiento y administración del primer nivel de atención de la salud, cogestionado por miembros elegidos por la comunidad.	Determinar el costo-eficiencia de los servicios de salud administrados por los CLAS, en comparación con los servicios de salud administrados en forma tradicional.	Los establecimientos de salud administrados por CLAS logran una cobertura de servicios de salud para la población materno-infantil que duplica aquellas coberturas de los no-CLAS, a un costo solamente 10% mayor de los no-CLAS.
Sistema Operacional para el Centro de Salud Barton	Cuadros Béjar, Carlos	Plasencia, Víctor Hugo	Los objetivos estratégicos de la Universidad Peruana Cayetano Heredia plantean el desarrollo de una cultura de investigación en la comunidad universitaria y el desarrollo de una cultura de proyección social.		
Hospital Municipal Los Olivos: una experiencia de gestión local	Flores del Pozo, Jorge	Castillo Alfaro, Felipe	Lima Norte congrega más de dos millones de habitantes que necesitan servicios de salud. Los mismos que son prestados por establecimientos dependientes del Ministerio de Salud, Essalud, Municipalidad de Lima e instituciones privadas.		
Atención en salud a Comunidades Dispersas y Excluidas	Nino Guerrero, Alfonso		Se analiza la intervención sanitaria en comunidades excluidas y dispersas realizada en la sierra centro del Perú en la Región de salud de Ayacucho, en la Red de servicios Ayacucho centro entre el año 2001 y 2004.		
Publicación de resultados de pruebas de laboratorio en el portal Web del Instituto Nacional de Salud.	Vargas Herrera, Javier	Suárez Moreno, Víctor; Caballero Nopo, Patricia; Chávez Mesones, Jorge; Angulo López, Orlando; Montero Vergara, Johnny; Campos Pezantés, David	El Centro Nacional de Salud Pública (CNSP) es el órgano técnico normativo del Instituto Nacional de Salud, encargado de investigar, normar, desarrollar y evaluar integralmente las investigaciones para el desarrollo de nuevas tecnologías.		
Autoevaluación de la calidad en establecimientos públicos de salud del primer nivel de atención del Perú, como impulsor del mejoramiento continuo de la calidad.	Vigo Obando, Ina	Cerna Palomino, Neil; Morales Bendezu, Milton; Polo Cornejo, Andrés; Borja Herániz, Ana; Nino de Guzmán, Jessica	El Sistema Nacional de Gestión de la Calidad fue aprobado por el Ministerio de Salud en diciembre del 2001, se hacía necesario establecer una línea de base en establecimientos del primer nivel de atención, que apoyará su implementación.	Determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de calidad en establecimientos del primer nivel de atención, a través de procesos de autoevaluación participativa.	Un establecimiento está en nivel de calidad deficiente si tiene 4 estándares calificados como aceptable; débil entre 7 y 4; bueno, entre 12 y 8; y excelente, mayor a 12. El 98,4% de establecimientos calificaron en nivel deficiente y 1,6% en débil.

## GESTIÓN Y CULTURA ORGANIZACIONAL

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
Influencia de las características de la cultura organizacional en los resultados del programa de mejora continua de calidad en los establecimientos de Max.Salud – Lambayeque, 2003.	Cabrejo Paredes, José Elías		El movimiento de la calidad, en la última década, ha ingresado a las operaciones diarias de las organizaciones de salud en todo el mundo. La idea general es que la cultura organizacional influye en la gente y altera las acciones y percepciones.	Establecer si existen diferencias en la Cultura Organizacional de las Clínicas de la Rea Max Salud y si éstas influyen sobre el grado de avance en el programa de Mejora Continua de la Calidad aplicado en el área Materno-perinatal.	El tipo de Cultura Organizacional predominante es la Cultura Orientada a la Tarea (entre el 38% al 43%) que se presenta por igual en cada uno de los cuatro establecimientos de salud; además, secundariamente presentan influencia de un segundo tipo de cultura.
Notificación de eventos adversos en un Hospital Nacional en Lima-Perú, Octubre 2005 - Marzo 2006	Espíritu, Nora	Lavado, Glicería; Pantoja, Lilian; Lam, Carmen; Barrientos, Mónica	La seguridad del paciente definido como la reducción y mitigación de condiciones o actos inseguros en la entrega de la atención de salud, está considerado como un aspecto prioritario en la organización y funcionamiento de todo sistema de salud.	Desarrollar y operar un sistema de notificación y registro de los eventos adversos (EA) en el Hospital Nacional Dos de Mayo (HNDM).	El total de egresos fue 8,964 y la cantidad de EA reportados 347. La tasa de EA fue 3.9%. Los EA más frecuentes fueron las infecciones intrahospitalarias (IH) 241 (70%), siendo neonatología el que tiene el mayor número de casos 37.
Alerta DISAMAR: Fortaleciendo capacidades institucionales con un innovador sistema electrónico de vigilancia en salud	Gozzer, Ernesto	Mundana, Carmen C.; Morán, Manuel; Blazes, David L.; Araujo, Roger V.; Diaz, Cecilia; Quispe, José	En el año septiembre de 2001, la Dirección de Salud de la Marina DISAMAR recibió, más de una semana después de iniciado los casos, el reporte de un brote de malaria en una base naval ubicada en Loreto, en la frontera con Colombia.	Identificar la cultura organizacional predominante en la Facultad de Medicina, en general y por estamentos. Identificar brechas entre la cultura existente y la deseada.	Se obtuvo 286 encuestas válidas: 92 de docentes, 147 de estudiantes, y 47 de trabajadores no docentes. La edad promedio de los encuestados fue de 52.5, 23.7 y 42 años respectivamente.
Cultura Organizacional en la Facultad de Medicina de la UNMSM	Mendoza Arana, Pedro	Zevallos Quinteros, Leslie; Piscova Arbanil, José; Miranda Ramón, Eva	La Cultura Organizacional es un componente fundamental de la dinámica organizacional a ser comprendido por los equipos de gestión universitaria. El presente estudio fue llevado a cabo para aproximarnos a dicha comprensión y buscar estrategias.	Describir significados y prácticas en la atención de salud, desde los relatos y prácticas de los servidores públicos en una microrred del sistema de salud peruano.	La confrontación con la pobreza es una realidad constante para los servidores públicos de la microrred. Les proporciona una conciencia de los límites del sistema de salud, lo que reproduce una visión fatalista de la realidad. Las vacunas no bastan para salvar de la muerte a niños desnutridos.
Servidores públicos: significados y prácticas de la atención de salud en una microrred en la costarrural del Perú.	Reyes Solari, Esperanza		Los resultados de este estudio son parte de uno más amplio que fue realizado en el año 2003 en la "Microrred Frutal" situada en la costarrural del Perú. La "Microrred Frutal" tenía una población de 22,919 habitantes.		

## HISTORIA DE LA SALUD

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
Los orígenes de la Organización Mundial de la Salud, 1948	Cuefo, Marcos		El contexto esta marcado por los inicios de la Guerra Fría, es decir los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial cuando dos superpotencias (los Estados Unidos y la Unión Soviética) se disputan su hegemonía en el planeta.	Un estudio de cómo surge una agencia multilateral de salud. Una discusión sobre los principios y los postulados en la emergencia de la Organización Mundial de Salud, OMS.	En los años iniciales, la OMS tuvo propuestas ligadas a la medicina social europea y a un concepto amplio de la salud publica reflejada en el tema de su Constitución "La salud no es solo la ausencia de enfermedad..."
Programa Nacional de Control de la Tuberculosis durante 1990-2000: un análisis de política	Llanos-Zavalaga, Fernando		Durante la década de 1990, el gobierno de Fujimori asumió la decisión política de control de la TB, luego de un previo gobierno catastrófico con pobres indicadores macroeconómicos y violencia e inestabilidad social.	Realizar un análisis de política de la experiencia nacional de TB en el Perú, como parte de una iniciativa global de analizar experiencias exitosas sanitarias en países latinoamericanos y del Caribe.	La decisión política (politics) permitió la implementación de políticas de salud (policies) y su sostenibilidad. La continuidad del gobierno y la elección inicial adecuada del Director Nacional del Programa de Control de TB (PNCT), con competencias técnicas.
Medicina y tuberculosis en Lima a fines del siglo XIX: El debate médico entre Francisco Almenara Butler e Ignacio de la Puente Requena, 1895.	Núñez Espinoza, Julio Néstor		Lima - Perú, 1895.	La presente investigación tiene como propósito rescatar un evento importante de la historia de la medicina peruana: el debate desarrollado a fines del siglo XIX entre los médicos peruanos Francisco Almenara Butler e Ignacio de la Puente Requena.	El debate médico entre Almenara y de la Puente muestra la transición de una concepción miasmática hacia una concepción bacteriológica de la tuberculosis pulmonar.
La Gran Epidemia de Fiebre Amarilla, Lima Urbana, 1868	Zárte Cárdenas, Eduardo	Franco Paredes, Gustavo	Esta gran epidemia produce la mayor conmoción en autoridades, sectores médicos, religiosos, emigrantes y en particular en el pueblo, con altos índices de enfermedad y alta mortalidad en Lima, y Callao.	Esta es una tentativa de la construcción de la historiografía de las ideas positivistas de los médicos peruanos, y su influencia para el rediseño de la urbe y las ideas sanitaristas.	Se tuvieron noticias de la epidemia meses antes por casos de Guayaquil. Los primeros casos se presentaron en el puerto del Callao en febrero y se extendieron rápidamente a Lima. La epidemia registro una alta mortalidad: alrededor del 50% de los casos.

## INTERCULTURALIDAD EN SALUD

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
Interculturalidad en Salud Pública: La comprensión de las culturas amazónicas como determinante social de la salud	Gendrau Acho, Sheila Ludmila	Acho Mego, Segundo Cecilio, Gendrau Acho, Segundo Jackier	Los contextos en los que han sido registradas las experiencias de eventos y trabajo son los siguientes: Comunidad nativa San Francisco de Yarínacocha – Etnia Shipibo-Conibo / Comunidad nativa Puerto Huallaga – Etnia Matsigenka / Puesto de Salud San Antonio.		
Comunidades rurales y tejido social en salud	Nino Guerrero, Alfonso		Intervención sanitaria en comunidades rurales en la sierra centro del Perú en la Región de salud de Ayacucho, en las Municipalidades distritales de Los Marochucos, María Parado de bellido y Chuschi y la Red de Servicios Ayacucho Centro en el año 2001.		
Estudio de Línea de Base en Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud en la Población del Bajo Urubamba y Diagnóstico Participativo Local	Vela Quico, Alejandro		La investigación fue convocada por la DIRSA Cusco quien necesitaba identificar la situación cultural y social de la población mashiguenga que está sufriendo grandes impactos en su forma de vida como resultado de las acciones productivas en su territorio.	Identificar y analizar los CAPs de la población mashiguenga del Bajo Urubamba, describir las características de la participación local en salud y las conductas saludables en las familias, y evaluar el desarrollo de entornos saludables para la salud.	La población tiene información sanitaria dada por el personal de salud pero no se expresa en prácticas. No se reconoce la necesidad de la higiene personal, de los alimentos, del agua y de la vivienda. Hay condiciones de hacinamiento.

## ITS Y SIDA

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
Incidencia Política en VIH y SIDA con poblaciones claves (PC's); personas que viven con VIH y SIDA (PVS), hombres gay (HG), hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), trans y trabajadoras sexuales (TS).	Alvarez, Roland	Castro, José; Lescano, Alfonso	En el Perú, la epidemia de VIH y SIDA tiene un perfil concentrado en la población HSH.		

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
Un análisis de la situación de VIH e ITS en el Perú – Estudio de Caso	Cáceres, Carlos	Konda, Kelika; Mendoza, Walter; Lescano, Andrés G.; Suárez Ognio, Luis; Pun Chinaro, Mónica	Mejorar la respuesta nacional a la epidemia de VIH/SIDA implica comprenderla bien, particularmente en el contexto de introducción de una intervención importante: el tratamiento antiretroviral de gran actividad (TARGA).	Producir un análisis integrador de la información disponible, para avanzar nuestro entendimiento de la dinámica de la epidemia en el Perú, sus tendencias en la población general y grupos vulnerables, y las necesidades de información.	La transmisión continúa siendo predominantemente sexual y entre varones. La proporción de casos femeninos se incrementó hasta mediados de los noventa, estabilizándose en 1 de 4 casos. Y es posible que la epidemia en el Perú haya alcanzado un plató.
El impacto en los sistemas de salud de las iniciativas de Salud Global para el Acceso al Tratamiento para VIH – El Caso del Perú	Cáceres, Carlos	Cuba, Víctor; Cuelo, Marcos; Valverde, Rocio; López, Roberto; Pichinua, Juan	A partir de UNGASS 2001 se organizaron estrategias en salud global para ampliar el acceso al TARGA. El Fondo Mundial, el PEPFAR y el MAP/WB. Estos han representado una enorme movilización de recursos y efectos inesperados, tanto positivos como negativos.	Análisis el impacto de la intervención en SIDA del FG en Perú a partir de una mirada a su influencia en los procesos políticos de toma de decisiones en torno a SIDA; los procesos internos del MINSA (recursos humanos, logística, otros).	La investigación está iniciando su proceso con la constitución de un Comité Consultivo Multidisciplinario y el arranque de la colección de información. Un hallazgo preliminar ha sido la necesidad de desarrollar en el país una cultura de debate de acciones.
Nosotros también contamos. Testimonios de Mujeres que Viven con VIH/SIDA en el Perú.	Diez Conseco Montero, Francisco		Considerada inicialmente como un problema que afectaba más frecuentemente a los varones, la epidemia del VIH/SIDA se ha convertido en una amenaza aún más peligrosa para mujeres y niñas, quienes representan el 50% de los 40 millones de personas que viven con VIH/SIDA.	Ofrecer una mirada de la situación de las mujeres viviendo con VIH/SIDA en el Perú a partir de 10 breves historias de vida narradas por sus protagonistas femeninas. Recopilar información actualizada, de investigaciones epidemiológicas y sociales.	La revisión bibliográfica revela que existe una progresiva "feminización" de la epidemia en el mundo y en el Perú y una serie de condiciones que favorecen el incremento de casos de VIH/SIDA entre las mujeres peruanas; altas tasas de ITS.
Evaluación del Plan Estratégico del MINSA, 2001-2004 para prevención de VIH/SIDA en el Perú: una nueva experiencia.	Gárate, María Rosa	Vargas, Manuel; Sebastián, José Luis	La ESN de ITS/VIH/SIDA debe construir un nuevo Plan Estratégico Multifuncional para el periodo 2006-2010 para extraer lecciones de la gestión de las respuestas sanitarias y sociales al VIH/SIDA en el Perú habidas durante la vigencia del Plan anterior.		
Comportamientos de búsqueda de servicios de salud para ITS/VIH en poblaciones jóvenes de barrios pobres de las ciudades de Lima, Trujillo y Chiclayo en Perú	Girón Vilela, Jessica Maziel	Salazar, Ximena; Gárate, María R.; Cáceres, Carlos; Coates, Tom	Frecuentemente las poblaciones más vulnerables a ITS/VIH son las que hacen menor uso de los servicios de salud, utilizando en su lugar métodos de atención alternativos que podrían colocarnos en mayor riesgo frente a la infección de ITS/VIH.	Explorar y describir los comportamientos de búsqueda de servicios de salud en ITS/VIH de la población joven de barrios pobres en tres ciudades del Perú.	Las tres poblaciones estudiadas no buscan atención para ITS/VIH en establecimientos de salud formales y en muchos casos ni siquiera reconocen cuándo necesitan ser atendidos. Cuando presentan un problema de salud, la mayoría de participantes se automedica.

## ITS Y SIDA

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
Beneficios y riesgos de las iniciativas público-privadas orientadas a incrementar el acceso a tratamiento antiretroviral en el Perú.	López, Lidice	Rojas, Germán	Luego de un año de iniciado el Programa de Acceso a Tratamiento Antiretroviral en el Perú (Julio 2005) la Red Global de Acción Internacional para la Salud impulsó el desarrollo de breves evaluaciones del impacto que los programas de tratamiento ARV tenían.v	Describir los procesos de participación de la sociedad civil en la implementación de las iniciativas público-privadas en el Perú. Describir y evaluar el impacto en el acceso a TARV por parte de los usuarios.	Se examinan las iniciativas público-privadas (IPP) orientadas a incrementar el acceso a tratamiento antiretroviral (TARV) en el Perú; el Programa TARGA (Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad) del Ministerio de Salud (IPP 1).
Recuentos celulares hematológicos en pacientes con VIH que reciben tratamiento antiretroviral	Muñoz, María Elena	Valverde, Ada; Romero, Soledad; Caballero, Patricia; Torres, Aymé; Yana, Benedicta	La infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) puede inducir anemia, y otras alteraciones celulares. Es importante conocer que una anomalía hematológica de un paciente con SIDA puede ser multifactorial.		
Estudio Piloto: Aislamiento de Chlamydia Trachomatis y respuesta inmune en mujeres atendidas en consultorio ginecológico	Muñoz, María Elena	Del Pozo, Julio; Mimbela, Josefina; Bazán, Gladys; Suárez, Magna	La Chlamydia Trachomatis constituye la causa bacteriana más frecuente de las enfermedades de transmisión sexual, que típicamente se manifiestan como cervicitis y uretritis.	Determinar la presencia de Chlamydia Trachomatis por anticuerpos anti IgG e Inmunofluorescencia Directa y relacionarla con los aislamientos del microorganismo en pacientes que acuden a un consultorio ginecológico.	Del total de 40 muestras se tuvo 10 casos positivos para anticuerpos anti Chlamydia Ig G, 5 casos de muestras positivas para presencia de antígeno clamidial con la IFD y un caso para cultivo celular.
Actores sociales y participación en la lucha contra el VIH/SIDA. La experiencia de construcción del informe de evaluación y monitoreo del cumplimiento de compromisos del UNGASS desde la perspectiva de la sociedad civil	Valverde, Rocio	Cabello, Robinson	Acercándose la reunión de evaluación del cumplimiento de compromisos de Naciones Unidas en el 2006, en Octubre de 2005 se encargó a manera de piloto y financiado por ICASO, realizar un informe de evaluación y monitoreo del cumplimiento de compromisos del UNGASS.	VIH/SIDA	Actores sociales y participación en la lucha contra el VIH,SIDA. La experiencia de construcción del informe de evaluación y monitoreo del cumplimiento de compromisos del UNGASS desde la perspectiva de la sociedad civil
Identificación molecular de mutaciones puntuales relacionadas a resistencia a drogas en VIH-1	Yabar, Carlos	Chávez, Pedro; Varas, Zoila; Rodríguez, Rafael	El Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA) en sujetos infectados con VIH-1 permite disminuir la carga viral mejorando la calidad de vida del paciente.	Identificar mutaciones puntuales relacionadas a resistencia a drogas en VIH-1.	La optimización de la concentración de ADN (2,5 ng/ul) así como la concentración de magnesio (4 mM) fueron factores críticos para la amplificación de la tr y la prt respectivamente.



## LA INVESTIGACIÓN COMO OBJETO DE ESTUDIO E INTERVENCIÓN

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
La investigación y la política de atención a la salud de la mujer en el Brasil: una aproximación necesaria	Angulo-Tuesta, Antonia	Serruya, Jacob, Suzanne, Gagliardi, Carvalho, Jacqueline, Lisboa, Ramos, Karla	La Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud y la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación en Salud en el Brasil, fueron formuladas en 2004, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud con la participación de actores sociales.	Fueron elaborados indicadores a partir de las informaciones obtenidas en los proyectos financiados.	Se destinó US \$ 1,45 millones de dólares. La mitad de estos recursos entre las regiones Norte (5%), Centro-oeste (13%) y Nordeste (82%), que tienen las mayores tasas de mortalidad materna. En la región Sudeste se aplicó 42% del financiamiento.
Producción e impacto de la investigación en salud pública en América Latina y el Caribe: hacia la generación de políticas, intervenciones, programas y servicios basados en evidencias.	Fiestas, Fabián	Gallo, Carla; Poletti, Giovanni; Sarabia, Silvana; Bustamante, Inés; Sagastegui, Abel; Mazzotti, Guido.	La OMS reporta una elevada carga global para las enfermedades mentales y neurológicas (EMN), colocadas como segunda prioridad en salud a nivel mundial, luego de las enfermedades infecciosas. No obstante, existen serias carencias en los recursos de salud.	Este proyecto es parte de una iniciativa financiada por el Banco Mundial a través del Global Forum for Health Research, dirigida a identificar a los actores y sus agendas de investigación en salud mental en países de bajos y medianos recursos.	La baja productividad de investigación en EMN se presenta como consecuencia de la carencia de recursos humanos y financieros para la investigación, así como del limitado interés en esta área de la salud de parte de las autoridades políticas.
Sobre Salud Pública e Internet: Una opinión poco práctica o "¿vale la pena discutir sobre una simple herramienta?"	Iturri, José Antonio		Investigación teórica – conceptual. La internet dejó de ser novedad hace algunos años. Ya no es más una "variable" o solo un "medio". Es la expresión más desarrollada de las llamadas nuevas tecnologías en información y comunicación.	Definir dimensiones teóricas del proceso de apropiación de NITCs en el campo de la salud colectiva brasilera. Describir los principales obstáculos para la reflexión teórica sobre el tema.	La combinación de conceptos y categorías mencionadas permite dimensionar adecuadamente el proceso de apropiación tecnológica examinado.
Proyecto Sexualidades, Salud y Derechos Humanos en América Latina	Pérez Luna Gallardo Griselda	Magollón Chapilliquén, María Esther	El punto de partida del proyecto fue la Red de Investigación en Sexualidades y VIH/SIDA en América Latina y de un importante cuerpo de trabajo teórico y de abogacía en sexualidad y derechos humanos en la región.	Contribuir a la construcción, a nivel regional, de un marco institucional capaz de estimular la investigación y/o la abogacía en salud y derechos sexuales, con énfasis en las sexualidades.	
Estado Actual de la Investigación Científica	Vela, Quico, Alejandro		Las universidades suelen proponerse formar profesionales y científicos, así como producir ciencia; la investigación se realiza principalmente para fines de graduación y otras en institutos; pero se percibe como insatisfactoria e intrascendente.	Sustentar un marco teórico y metodológico para caracterizar la producción de la investigación científica, deslindar la identificación de procesos ideológicos y cognoscitivos en la producción de investigación y proponer estrategias para el desarrollo.	La ciencia es una forma comprensiva y explicativa del conocimiento sobre determinados aspectos de la realidad, contiene conceptos, teorías (a veces leyes) e hipótesis explicativas; se obtiene con un método racional, objetivo y empírico.

## PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y CIUDADANÍA

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
Participación activa de las PVS en el Perú: avances y perspectivas para una agenda conjunta	Béjar, Rosa Inés		La comunidad de Personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) en nuestro país se ha incrementado tanto por la epidemia como por su visibilización debido a la reciente implementación del tratamiento antiretroviral entregado por el Proyecto del Fondo Global.		
Fortalecimiento y empoderamiento de actores sociales en la lucha con la TBC, desde un enfoque de derechos y responsabilidades compartidas.	Horna Guevara, Yván	Van Der Linde, María; Amuy Atapuma; Sonia; Vargas, Manuel; Gárate, María Rosa	En los últimos cinco años las tasas de incidencia y morbilidad han disminuido significativamente. La búsqueda de casos mediante el examen de esputo, por diversos motivos, también ha disminuido.		
Promotoras de Salud y el Trabajo Comunitario: Historias de Vida	Márquez Cabezas, Carlos Ofilio		Este estudio trata de las experiencias del trabajo comunitario en salud de un grupo de promotoras de salud, que desarrollaron sus actividades dentro de un modelo original de sistema de salud local denominado Plan Único de Salud. (PLUS), en Villa El Salvador.	Describir las características del trabajo de las promotoras de salud en base a directrices y atribuciones comunitarias e institucionales. Discutir el modo de trabajo de las promotoras de salud con la comunidad y las instituciones de salud.	Los resultados destacan la ascensión personal, desde su inserción como promotoras de salud, hasta su actual posición social en la comunidad como líderes comunitarias o como promotoras capaces de ofrecer sus servicios a otros sectores públicos y privados.
Capacitación y advocacy en derechos sexuales y reproductivos en Lima, Ica, Cusco, Piura y Arequipa.	Mogollón, María Esther	Muñoz, Rocío	Las organizaciones de mujeres cumplen un rol importante desde la sociedad civil, para la vigilancia ciudadana en derechos humanos y reproductivos, y la salud como derecho, en especial cuando hay violación de derechos.		
El trabajo educativo en salud en las comunidades rurales: experiencias de enfermería en el Brasil (RJ) y en el Perú (LO)	Núñez Vargas, Magda		Este trabajo presenta una síntesis de mi disertación de la Tesis de Maestría realizada en la EEAN/UFRJ, en diciembre de 1996, donde se analiza la utilización de las diferentes metodologías del trabajo educativo en salud.	Describir las características de las metodologías del trabajo educativo en salud, en las comunidades rurales, con una perspectiva latinoamericana; comparando, las modalidades de utilización de las metodologías del trabajo educativo en salud, en el Brasil.	Se identificó en las comunidades acompañadas grados heterogéneos de conscientización y participación del ciudadano, lo que limita una actuación con mayor poder de exigencia, junto a las autoridades de salud y a las lideranzas políticas.



## PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y CIUDADANÍA

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
Diagnóstico participativo y propuesta de lineamientos de políticas de salud; herramientas claves para definir prioridades sanitarias regionales; participación ciudadana en el marco de la descentralización en salud	Reyes López, Lidia		El proceso de descentralización configura nuevos espacios y procesos para la participación ciudadana para definir políticas de salud. Es así como Policy en asociación con FaroSalud, realiza un acompañamiento técnico y metodológico.		
Constitución de ciudadanía en clase; El Diploma Internacional de Derechos Humanos en Salud un proceso participativo multistitucional, multicooperativo y con procesos de rendición de cuentas.	Ríos Barrientos, Mario Edgar	Armas Alvarado, Henry Pablo; Huaita Alegre, Marcela	Las violaciones a los derechos humanos ocurridas en la década de los 90 en el Perú, particularmente por la implementación del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000 que realizó 300 mil esterilizaciones.		

## POLÍTICAS EN SALUD

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
Diagnóstico y propuesta metodológica de abordaje multidimensional de los determinantes sociales de la salud para mejorar las políticas de promoción comunitaria y local.	Huanca, Daniel	Orihuela, Maruja; Liancari, Carlos; Baldeón, Pedro; Sapaico, Emilia; Espíritu, Ealinson; Rodríguez, Ciro	Región Junín evidencia la exclusión de los determinantes sociales de la salud por los gobiernos descentralizados y la sociedad civil.	Fortalecer al Estado y sociedad civil para el abordaje y control multidimensional de los determinantes sociales de la salud física, mental y social.	La promoción de la salud es un concepto amplio plural, subjetivo y múltiple, es el reconocimiento de la diferencia de la identidad.
La Anticoncepción Oral de Emergencia y la aplicación de la Política de Ciudad de México de USAID.	Chávez A., Susana		Las luchas de ofensiva fundamentalistas en Perú contra los derechos sexuales y reproductivos, especialmente contra el acceso a los métodos de planificación familiar y específicamente contra la AOE.		
Formulación e implementación de la Política Nacional de Medicamentos en el Perú	López, Roberto	Rojas, Germán; Vargas, Manuel	En el Perú, un sector importante de la población tiene acceso limitado a los medicamentos que necesita. Algunos estudios demuestran que en el sector público, solo el 50% de los pacientes puede comprar los medicamentos que les prescriben.		
Análisis de política de tuberculosis multirresistente (TB-MDR) y asociación TB-VIH/SIDA en Perú durante 1990-2000.	Llanos-Zavalaga, Fernando		Durante la década de 1990, el gobierno de Fujimori tomó la decisión política de enfrentar la tuberculosis. Un tema crítico, por su efecto en el largo plazo, es la tuberculosis multirresistente (TB-MDR) y la asociación TB-VIH/SIDA.	Realizar un análisis de política de la experiencia nacional de TB en el Perú, con énfasis en la TB-MDR y asociación TB-VIH/SIDA, como parte de una iniciativa global de analizar experiencias exitosas en los indicadores sanitarios de PUNCT frente a la TB-MD.	La experiencia peruana evidencia que la voluntad política de control de la TB permitió la implementación de políticas de salud y su sostenibilidad. Pese a los avances en los indicadores sanitarios de TB, se señalaron debilidades del PUNCT frente a la TB-MD.

### PROMOCIÓN Y COMUNICACIÓN EN SALUD

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
Sistematización del Trabajo Articulado para la Promoción de la Salud en Moyabamba	ADRA PERÚ		Desde el inicio de su intervención en la Región San Martín, el Programa Nutrición Infantil (PNI) fue logrando la participación y apoyo del Gobierno Provincial de Moyabamba en diversas actividades que promueve el Programa.		
Municipios y Comunidades Saludables en el Perú: Avances y desafíos	Campos Zavala, Elvía Marcia		El Ministerio de Salud establece la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como primer lineamiento de política del sector. Por ello, elaboró los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud.		
Construyendo Vidas Saludables: Propuesta de Viviendas Saludables	Esteva de Andrés, Elena	Guerrero Ocampo, Susana; Ojeda Rojas, Mariela; Rodríguez Atalaya, Mariela; Rojas Morales, Juana	La experiencia surge el 2002 y se desarrolla en el distrito de Bambamarca (1800 - 4000 msnm), capital de provincia de Hualgayoc, a 120 km noreste de la capital de Cajamarca. Hualgayoc es una de las provincias más pobres a nivel regional.		
Notificación espontánea de sospecha de reacciones adversas a medicamentos al Sistema Peruano de Farmacovigilancia (SPFV) durante el año 2005	Huaraj García, Gina	Álvarez Martell, Silvia; Vásquez, Hans; Olave, Susy; Borra, Nelly	La notificación espontánea de sospecha de reacciones adversas a medicamentos es el método más usado internacionalmente por su sencillez y bajo costo; es utilizada por el SPFV con carácter confidencial y se realiza a través de formularios estandarizados.	Describir las principales características de las notificaciones espontáneas de reacciones adversas a medicamentos, reportadas al Sistema Peruano de Farmacovigilancia por profesionales de la salud y las empresas farmacéuticas durante el año 2005.	Durante el año 2005 se recibieron en el SPFV 1623 reportes de Notificación Espontánea: 371 de empresas farmacéuticas y 1252 de profesionales de la salud. Los reportes por profesionales de la salud proceden principalmente de Lima en un 73.7%, Arequipa 8.5.



## PROMOCIÓN Y COMUNICACIÓN EN SALUD

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
Comités de Vigilancia Ciudadana en Salud: Modelo de participación activa	Herrera, Edita		En 1998, ante las violaciones a los derechos de las mujeres con esterilizaciones forzadas, la Red Nacional de Promoción de la Mujer (RNPJM) conjuntamente con otras instituciones denuncian tales hechos ante las autoridades del Ministerio de Salud.		
Prevención de la salud en la tercera edad a través del deporte	Flores Mendoza, Fernando		La tercera edad en Lima		
Percepciones y perspectivas en Promoción de la Salud en el Personal de los Establecimientos del Primer Nivel de Atención, Red de Ventanilla, Dirección de Salud Callao, Año 2004.	Vargas Zafrá, Lupe Antonieta		El objetivo de este estudio es conocer las perspectivas y percepciones sobre Promoción de la Salud en el primer nivel de atención. El ámbito seleccionado para su ejecución ha sido la V Red de la Dirección de Salud Callao, Distrito de Ventanilla.	Conocer las percepciones y perspectivas sobre Promoción de la Salud de los trabajadores del primer nivel de atención, según el modelo de Atención Integral de Salud, componentes de gestión, prestación, organización y financiamiento.	El 64.3% del personal, es contratado por servicios no personales; el 19.4% es nombrado y el 9.2% contratado a plazo fijo. El 51% realiza labor asistencial y administrativa y el 49% realiza labor asistencial.
Farmacovigilancia Intensiva en Hospitales del Ministerio de Salud del Perú	Vásquez Soplopuco, Hans	Huarij, Gina; Alvarez, Silvia; Olave, Susy; Barra, Nelly	La farmacovigilancia se encarga de la identificación, evaluación y prevención de los riesgos asociados a los medicamentos comercializados. Una manera de identificar los riesgos es a través de la Farmacovigilancia Intensiva, método que implica una búsqueda.	Describir las reacciones adversas y serias a medicamentos graves identificados de manera intensiva (o activa) en servicios de medicina, pediatría y emergencia en Hospitales del Ministerio de Salud durante 30 días (noviembre 2005).	Participaron 24 hospitales del Perú. Hubo 245 notificaciones de reacciones adversas. El Hospital que más notificó fue el Hospital Larco Herrera con 69 notificaciones (28%), seguido del Hospital Dos de Mayo y Casimiro Ulloa (25 y 21 respectivamente).

## SALUD ALIMENTARIA Y OCUPACIONAL

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
Diagnóstico ante matem de residuos de betalactámicos en orina de bovinos destinados a consumo humano directo	Falcón, Néstor	Chávez, Edith; Pinto, Chris; Calle, Sonia; Carmacho, José; Espinoza, Juan	No está permitida la presencia de sustancias antimicrobianas en productos animales destinados a consumo humano no está permitido, debido a la existencia de poblaciones susceptibles a algunos fármacos.	Evaluar la capacidad de una prueba microbiológica cualitativa rápida, barata y sencilla que utiliza <i>Bacillus subtilis</i> en la detección ante morrem de residuos de beta lactámicos en orina de bovino.	Ningún animal presentó residuos de antibióticos en el muestreo previo al inicio del tratamiento. En dos animales se detectaron residuos de betalactámicos desde el día 1 y en otros 2 animales desde el día 2 post tratamiento.
Estado nutricional y características del consumo alimentario de la población aguaruna de niños menores de tres años y mujeres en edad fértil.	Huamán Espino, Lucio	Valladares Escobedo, Carmen	En el Perú, alrededor de 300.000 peruanos forman 45 pueblos indígenas amazónicos dispersos en aproximadamente 1.450 comunidades nativas, viven en condiciones de pobreza extrema y exclusión social, diezmados por las enfermedades.	Identificar el estado nutricional y las características del consumo alimentario de los niños menores de tres años y mujeres en edad fértil (MEF) de la población aguaruna.	La prevalencia de desnutrición crónica en los niños evaluados fue del 33.4% (-2DS), hay un 30% de niños que se encuentran entre -1 y -2DS. No se encontró asociación entre el sexo y la desnutrición crónica.
¿Existe sobrepeso en los niños peruanos?: Análisis de los datos del Proyecto Niños del Milenio	Mispira, Mónica	Lanata, Claudio F.; Escobar, Javier; Penny, Mary; Huttly, Sharon	El exceso de peso es un problema importante de salud pública en todos los grupos de edad, tanto en países desarrollados como en desarrollo. La tendencia de sobrepeso en los niños peruanos se encuentra en incremento.	Determinar la prevalencia de sobrepeso y los factores asociados a éste en los niños participantes del Proyecto "Niños del Milenio" cuando tenían entre 6-17 meses de edad.	La prevalencia de sobrepeso en los niños participantes en el Proyecto Niños del Milenio cuando tuvieron entre 6-17 meses de edad fue 8.08%. En el análisis multivariado, los niños con sobrepeso fueron de sexo femenino (1.84, 1.29-2.63), menores de 8.25 meses.
La salud colectiva en la implementación de una propuesta de intervención educativa para la mejora de la calidad de vida y trabajo en la empresa de ramo gráfico: integración multidisciplinaria docente/disciente de la Facultad de Ciencias Biomédicas.	Núñez Vargas, Magda	Meika Huesugui, Helena	Esta experiencia describe las actividades desarrolladas por los docentes y alumnos durante la ejecución práctica de las asignaturas sobre tópicos especiales (Salud del Trabajador y Salud Colectiva a través de los alumnos del segundo periodo).	La investigación busca conocer las condiciones laborales de las mujeres en la agroindustria del espárrago en la región de Ica, y los efectos a la salud utilizando un enfoque de ecosistemas en salud.	Los resultados muestran que en la fábrica, las labores de las mujeres se realizan de pie, manteniendo la cabeza inclinada más de un tercio de la jornada, con movimientos de barrido de las manos (movimientos horizontales), alcanzando una alta repetitividad.
Condiciones de trabajo y salud de las mujeres trabajadoras de la agroindustria del espárrago: región Ica-Perú	Yñoñan García, Patricia		La industria del espárrago ha alcanzado una relevancia económica y social importante en el país. En las regiones importantes, es una fuente especialmente para las mujeres, las cuales representan más del 60% de la fuerza laboral.		

**SALUD AMBIENTAL**

<b>Título</b>	<b>Autor Principal</b>	<b>Co-Autores</b>	<b>Contexto</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Hallazgos</b>
La calidad de la participación y vigilancia ciudadana sobre la actividad minera y sus implicancias en el derecho a la salud en la Región Lima. Un estudio de caso: la Comunidad Campesina San Pedro de Tongos y la Empresa Minera Los Quenuales (Ex Izcayacruz)	Armas Alvarado, Henry Pablo	Ríos Barrientos, Mario Eógard	La actividad minera para el Perú ha sido una de las actividades económicas más importantes. En la última década ha enfrentado diversos conflictos comunitarios por falta de transparencia en la información.	Diagnosticar el cumplimiento de las responsabilidades del Estado y sus mecanismos para posibilitar la participación ciudadana y el derecho a la salud. Diagnosticar la calidad de la participación y vigilancia de la población.	Durante el último gobierno no ha habido una mejora ambiental en la zona, ni apoyo a la actividad agrícola, que ha decaído con una respectiva baja en los ingresos.
Impactos en el ambiente y la salud humana en la Cuenca del Río Rimac, Perú	Arroyo Aguilar, Ruth	Villa, Hugo; Chamochumbi, Walter; Acuña, Haidé; Yupanqui, Luis; Herrera, Judith; Villa, Pavel H.; Yñañan, Patricia	En el Perú la cuenca del río Rimac es considerada como una de las más contaminadas del país por los grandes volúmenes de desechos sólidos y líquidos que se vierten principalmente por las actividades mineras.	Determinar la presencia e impactos de los metales pesados en el ambiente y la salud.	Se encontró que son los distritos de la Cuenca Alta los que presentan mayores niveles de metales pesados en agua, aunque no se encontraron valores significativos en suelos y aire.
Determinación de plomo en sangre y factores asociados en niños de 1 año a 10 años y mujeres gestantes en las poblaciones de Quilacocha y Champamarca Cerro de Pasco, septiembre 2005	Gaztañaga Ruiz, María del Carmen	Astete Comejo, John M.; Oblitas Carranza, Tanya; Sebastizagal Vela, Iselle; Lucero Perez, Marítha	Los metales pesados en el campo ambiental y en la salud pública causan daños a la salud y estos pueden ser muy severos aunque muchas veces son asintomáticos, lo que no permite un diagnóstico temprano para minimizar la exposición de la población.	Determinar los niveles actuales de plomo en sangre de la población infantil de un año de edad a menores de 10 años y mujeres gestantes residentes en las comunidades de Quilacocha y Champamarca de Cerro de Pasco. Determinar los niveles de plomo existentes.	En el presente estudio se determinó una prevalencia de plomo en sangre por encima de 10µg/dl en niños de 1 año a 10 años de edad de 84.7%, siendo representado en Quilacocha con una prevalencia de 89.2% y en Champamarca con un 82.8%.
Determinación de plomo en sangre y factores asociados en niños de 1 año a 6 años y mujeres gestantes en las poblaciones de Raura Nueva y Antacallanca Huánuco - Agosto 2005	Gaztañaga Ruiz, María del Carmen	Astete Comejo, John; Malca Casiro, Nancy; Sebastizagal Vela, Iselle	Los metales pesados en el campo ambiental y en la salud pública causan daños a la salud y estos pueden ser muy severos aunque muchas veces son asintomáticos, lo que no permite un diagnóstico temprano para minimizar la exposición de la población.	Determinar los niveles actuales de plomo en sangre de la población infantil de un año de edad a menores de 06 años y mujeres gestantes residentes en las comunidades de Raura Nueva y Antacallanca de la Provincia de Lauricocha, departamento de Huánuco.	El estudio se ejecutó en el periodo del 14 al 22 de agosto de 2005 en las localidades de Raura Nueva y Antacallanca de la Provincia de Lauricocha, departamento de Huánuco.
Estudio Epidemiológico por exposición a contaminantes atmosféricos de la Población en Riesgo de Arequipa 2005	Vela Quico, Alejandro	Vela Quico, Alejandro	La investigación fue convocada por la Asociación Civil Labor, dentro del proyecto Modelos de Gestión de Salud Ambiental y Descontaminación Atmosférica de Arequipa Metropolitana, donde participan instituciones públicas y privadas, destacando el MINSA.	Medir la prevalencia de afecciones a la salud asociadas a contaminantes atmosféricos y analizar los niveles de exposición por CO y PM10 en las poblaciones del Conjunto Habitacional Nicolás de Pierola, de los barrios San Lázaro y Ciudad mi Trabajo de Arequipa.	La prevalencia de afecciones en los residentes de las áreas estudiadas no fue estadísticamente diferente entre los SEXOS. La prevalencia de afecciones por EDAD, en los residentes de las áreas estudiadas fue mayor en los grupos etareos de 45 a 64 años.



## SALUD GLOBAL Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
Cooperación Internacional en Salud en la Región Andina: Del consentimiento al olvido	Arosquipa Rodríguez, Carlos	Pedroza, Julio César	La región andina concentra todos los riesgos que podríamos imaginar para una región: violencia, inestabilidad política, desigualdad social y crisis económica, lo cual representa el peor escenario posible para una reforma del sector salud.		
Tendencias de la ayuda oficial al desarrollo en salud	Arosquipa Rodríguez, Carlos Cecilio	Pedroza, Julio César	Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) han sido un elemento catalizador para generar la voluntad política y compromiso de financiamiento a fin de enfrentar frontalmente el problema de pobreza, salud y equidad.		
Salud Global: Oportunidades para la educación e investigación en el Perú	García, Patricia	Curioso, Walter; García, Héctor; Gillman, Robert; Gotuzzo, Eduardo	La Salud Global es un componente de la Salud Pública que se relaciona con los problemas de salud que trascienden fronteras geográficas, de clase, raza, etnia y cultura; y que se convierten en problemas comunes para diferentes gobiernos y sociedades.	Promover la docencia e investigación en Salud Global para el pre y posgrado a través de la creación de espacios de discusión e intercambio de docentes e investigadores, cursos, conferencias internacionales, diplomados y una maestría.	
El papel de la Cooperación Internacional en el Proceso de Reforma Sectorial en el Perú: Lecciones aprendidas.	Pedroza, Julio	Arosquipa, Carlos	En las últimas décadas, las reformas no sólo no trajeron consigo mejoras macroeconómicas, sino que durante este periodo empeoró la distribución del ingreso y se acrecentó la diferencia entre ricos y pobres.	Contribuir a redefinir el papel de la cooperación internacional en un momento en el cual se cuestiona el enfoque asumido para mitigar la pobreza, centrado en la focalización, habiéndose, a pesar de ello, mantenido los niveles de inequidad y exclusión social.	Los programas y proyectos de la Cooperación Internacional en el Perú respondieron, y respondieron aún, de modo principal a criterios de focalización y fortalecimiento, centrados en la mejora de la red prestadora pública.
Mesa de Donantes \$S: Perspectiva de alineamiento y armonización de la Cooperación Internacional.	Pedroza, Julio	Arosquipa, Carlos	El Perú ha estado recibiendo aproximadamente US\$ 50 millones anualmente en cooperación técnica y financiera en Salud, dirigida a proyectos nacionales o regionales.		
Los retos institucionales de las Metas del Milenio en salud: una visión global	Valdivia, Martín		Acuerdos globales, como el de las Metas del Milenio (MDMs) han sido muy útiles para ordenar y guiar la acción de muchos organismos internacionales. Sin embargo, los logros no han sido esperanzadores, estando a menos de una década de la fecha límite.		El progreso en las MDMs en salud ha sido decepcionante. Muchos países están lejos de alcanzar las metas y las desigualdades entre países se vienen agudizando en tanto los países más pobres muestran el menor progreso.



## SALUD MENTAL

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
Impacto de la esquizofrenia en la calidad de vida y desarrollo humano de pacientes y familias de un hospital psiquiátrico de la ciudad de Lima, Perú	Castillo Martell, Humberto		Se estima que en la ciudad de Lima habría de 50 a 80 mil personas que presentan esquizofrenia; de las cuales entre 5 y 10 mil podrían estar recibiendo alguna forma de tratamiento.	El propósito de la presente investigación es analizar el impacto de la esquizofrenia, en la calidad de vida y desarrollo humano de pacientes y familias, de un hospital psiquiátrico de la ciudad de Lima.	En el estudio se encontró que los pacientes luego de un promedio de 10 años de enfermedad, mostraban un deterioro significativo en los aspectos clínicos, ocupacionales, educativos y relacionales de la calidad de vida y desarrollo humano.
Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en escolares de una zona urbano marginal de Lima	Livia Segovia, José	Velasco Valderas, Rosa; Serrano Medina, Elvia	Cono Norte de Lima-Distrito de San Martín de Porres.	Identificar la prevalencia de déficit de atención-hiperactividad de acuerdo a edad y sexo.	Los resultados indicaron una prevalencia de 16.5% (IC 95%= 10.7%-22.3%), mayor predominio del tipo combinado, del sexo masculino y del grupo etario de 6 a 8 años. Asimismo se identificó que en el género masculino predomina el tipo combinado e hiperactivo.
Calidad de vida en población inmigrante ayacuchana residentes en Lima	Márquez Montero, Gianmarco	Miranda Jaime; Smeeth, Liam; Gilman, Robert H.	Al analizar las cifras de los censos de población por lugar de nacimiento para el departamento de Lima, Ayacucho figura en el primer lugar.	Evaluar el estado de salud mental—mediante indicadores de calidad de vida—en población procedente de Ayacucho establecida en Lima. Describir indicadores de calidad de vida en población inmigrante procedentes de Ayacucho.	El estudio mencionado se viene desarrollando a la fecha, y continuará hasta septiembre 2007. Los hallazgos del presente trabajo servirán para informar sobre el estado de salud mental de la población inmigrante establecida en la capital del Perú.
Determinantes de la salud mental materna y su impacto en la salud del niño en el Perú	Rosas, Angel M.	Lanata, Claudio F.; Escobal, Javier; Penny, Mary; Huthly, Sharon	Los desórdenes mentales son causas importantes de enfermedad, invalidez, y, en ciertos grupos de edad, de mortalidad prematura. En países en vías de desarrollo existe poca información sobre la prevalencia de salud mental materna (SMM) y sus consecuencias.	Determinar los factores determinantes de la salud mental materna (SMM) y los eventos desfavorables asociadas a ella en la salud de los niños 6 a 17.9 meses participantes en el Proyecto "Niños del Milenio" en Perú.	Siete o más respuestas afirmativas en SRQ20 tuvieron el mejor desempeño para predecir una mala salud del niño.
Factores asociados al acceso a la atención de salud mental en Lima Metropolitana y Callao en el año 2002	Saavedra Castillo, Javier Esteban		El acceso a los servicios públicos es el centro de atención de las políticas sociales en países del tercer mundo.	El presente es un estudio descriptivo-transversal cuyo objetivo es identificar en la población adulta de Lima Metropolitana y Callao los patrones y factores asociados al acceso o utilización de servicios para la atención de problemas de salud mental.	Se entrevistó a 2,077 adultos, de ellos un 17.5% respondió haber percibido algún problema de salud mental en los últimos 6 meses. De este grupo, el 23.6% recibió atención, habiendo acudido con mayor frecuencia a postas, centros de salud y hospitales.

## SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
<p>Efecto de la manteca de cerdo (Sus scrofa) sobre los niveles de progesterona y estradiol en ratas CEPA WISTAR</p>	<p>Alcántara Reyes, David</p>		<p>Los problemas de infertilidad han ido aumentando en los últimos años debido a múltiples factores, sin embargo, estos problemas podrían disminuir cuando son causados por una baja producción de progesterona y estradiol.</p>	<p>Evaluar el efecto de la manteca de cerdo (Sus scrofa) sobre los niveles de progesterona y estradiol en Ratas cepa wistar. Analizar las propiedades fisicoquímicas de la manteca de cerdo. Analizar las propiedades fisicoquímicas de la manteca de cerdo.</p>	<p>Los niveles de progesterona y estradiol incrementan significativamente al intervenir en el proceso de la esteroidogénesis.</p>
<p>Campañas de información, educación y comunicación para la prevención del embarazo en adolescentes en 10 distritos de Lima Metropolitana.</p>	<p>Bustamante, Inés Verónica</p>	<p>Salazar, Zulma; Campaña, Pilar; Nuñez, Mirtha; Mogollón, María Esther</p>	<p>En la descentralización, las municipalidades tienen un rol importante en la lucha contra la pobreza. El embarazo en la adolescencia tiende a perpetuarse al asociarse a dificultades para estudiar y trabajar.</p>		
<p>Características del comportamiento sexual de jóvenes universitarios. Ica 2005</p>	<p>Hurtado, Jenny M.</p>	<p>Ortiz, Angelina; Soto, Gabriela; Yataco, Arnoldi; Munayco, César V.</p>	<p>La incidencia de VIH/SIDA e ITS se relaciona con una alta frecuencia de comportamientos sexuales de riesgo. Por eso es importante el estudio de estos comportamientos.</p>	<p>Determinar las características del comportamiento sexual de los estudiantes universitarios.</p>	<p>Se estudiaron 943 estudiantes entre varones y mujeres. El 68,46% de varones y el 23,92% de mujeres, se habían iniciado sexualmente; la tasa de recambio sexual en los 12 últimos meses, fue 24,2 en los hombres y 14,1 en mujeres.</p>
<p>Conocimientos y Necesidades de Educación en Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en Colegios Estatales de Magdalena del Mar</p>	<p>Uriaga Rubio, María Luisa</p>	<p>Colegios Estatales Mixtos de Magdalena del Mar.</p>		<p>Determinar los conocimientos y necesidades de Educación en Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes de Primero, Segundo, y Tercer año de Secundaria y establecer comparaciones de acuerdo al género, edad, grado de instrucción y el turno de estudios.</p>	<p>Los conocimientos de las(os) adolescentes varían según género, son las mujeres quienes mostraron menor conocimiento que los varones. Igualmente son los mayores quienes tienen más conocimiento sobre salud sexual y reproductiva.</p>
<p>Los gobiernos locales y las políticas de salud sexual y reproductiva: La descentralización empieza en nuestras manos</p>	<p>Vela Quico, Alejandro</p>	<p>Comejo Roselló, Ismael; Patiño Díaz, María; Neves Murillo, Mercedes</p>	<p>Las Universidades suelen proponerse formar profesionales y científicos, así como producir ciencia; la investigación se realiza principalmente para fines de graduación y otras en institutos; pero se percibe como insatisfactoria e intrascendente.</p>	<p>Analizar la atención de la salud sexual y reproductiva en el distrito de Cerro Colorado, identificar las concepciones, expectativas y actitudes hacia la salud sexual y reproductiva, en personajes claves de la comunidad y los servicios de salud.</p>	<p>Estos derechos no son reconocidos como tales, no hay información y no están incorporados en la atención. Hay postergación del placer como parte del bienestar. La atención se dirige sólo a los aspectos reproductivos y no hay oferta de atención a los varones.</p>



## SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
Uso del Internet para practicar cibersexo, sexo virtual en sus múltiples variantes y prácticas sexuales de riesgo. Un estudio cualitativo en adolescentes varones de 15 a 19 años de la urbanización San Cayetano en el Agustino	Villacorta Soriano, Victoria Margarita		El número de usuarios conectados a internet ha aumentado de manera sorprendente, más aún el uso del internet para practicar cibersexo, sexo virtual, en sus múltiples variantes; visitando páginas webs pornográficas, chateando en línea, utilizando webcams.	Explorar cómo el uso de internet para practicar cibersexo, sexo virtual en sus múltiples variantes puede convertirse en prácticas sexuales riesgosas para la salud sexual de los adolescentes varones de la urbanización de San Cayetano en el Agustino.	Los adolescentes llegan a realizar prácticas sexuales reales durante la práctica del cibersexo, y sexo virtual en las cabinas de internet, las cuales se prestan físicamente como para poder realizarlas debido a la privacidad que pueden presentar en el momento.
Primera y última relación sexual: razones de uso y negociación de métodos anticonceptivos, desde la perspectiva masculina	Segura, María	Chirinos Cáceres, Jesús Lorenzo; Bardales, Olga	"Multicenter Research Project in Peru, Cuba, Bolivia and Argentina: Reality and beliefs in the sexual and reproductive decision-making process. Men's perceptions and behaviors"	Definir el uso y negociación del uso de Métodos Anticonceptivos (MAC) en la Primera Relación Sexual (PRS) y Última Relación Sexual (URS) de jóvenes varones peruanos de 20 a 29 años de Lima Metropolitana, desde su propia perspectiva.	El 95% de los entrevistados conocían algún MAC, siendo el condón aquel que mencionaron y usaron con mayor frecuencia. En la PRS, el 47% usaron algún MAC y de aquellos que no lo hicieron, el 53% lo justificó diciendo que "fue inesperado".

## SEXUALIDAD Y SALUD SEXUAL

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
Tamaño y características de poblaciones de HSH en países de ingresos bajos y medios	Cáceres, Carlos	Konda, Kelika; Pecheny, Mario; Charferrje, Anindya; Lyerla, Rob	En amplios sectores del mundo, los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) conforman las poblaciones más afectadas por el VIH. Debido al estigma imperante, estimar el número y características de los HSH en el mundo ha sido muy difícil.	Compilar y valorar estimaciones del número y características de los HSH en países de ingresos bajos y medios, para generar rangos estimados que sirvan para proyecciones.	Se identificó 561 estudios, con números significativamente distintos por región, y virtual ausencia de información de África, el Medio Oriente, y el Caribe anglofono.
El estudio colaborativo de Prevención de VIH e ITS en el Perú: algunos alcances a un año de ser completado	León Sandoval, Segundo	Cáceres C.; León, S.; Pajuelo, J.; Klausner J.; Konda, K.; Villacorta, V.; Giron M.; Rosasco, A.; Cuadros, J.	Determinados grupos dentro de la población general han mostrado tener mayor riesgo a contraer infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA y los programas de prevención no han sido aun enfocados en estos sectores.		

## SEXUALIDAD Y SALUD SEXUAL

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
Aproximaciones al trabajo sexual travesti: autopercepciones, clientes y vulnerabilidad.	Salazar Lostanau, Ximena	Villazán Aguilar, Jana; Cáceres Palacios, Carlos	Este trabajo corresponde a un estudio piloto de aproximación al trabajo sexual travesti en la ciudad de Lima, ya que este grupo social ha sido poco investigado en el Perú y se encuentra en extrema vulnerabilidad social.	Conocer los significados del trabajo sexual para las travestis y sus razones para ejercerlo. Conocer las experiencias del trabajo sexual travesti. Explorar su percepción de riesgo sexual. Examinar las características de los clientes y las prácticas sexuales.	Las travestis se inician en el trabajo sexual debido a necesidades económicas que derivan de las restringidas oportunidades para desarrollarse. Las experiencias en el trabajo sexual están marcadas por el miedo, la violencia, el uso de alcohol.
Situación de riesgo sexual de hombres que tienen sexo con hombres en Lima, Huacho y Barranca	Salazar Lostanau, Ximena	Rosasco Dulanito, Ana María; Cáceres Palacios, Carlos; Galea, Jérôme; Coates, Thomas	Este estudio se desarrolló en el marco de la elaboración de un proyecto para la implementación de un programa de prevención para HSH viviendo con VIH o con SIDA en el Perú. Se realizó en las ciudades de Lima, Huacho y Barranca.	Conocer en cuatro sub-poblaciones de HSH (positivos al VIH, positivos al VIH y a otras ITS, sin ITS ni VIH y positivos a ITS pero no al VIH), sus situaciones de vulnerabilidad, percepciones de riesgo, conocimiento de diagnóstico, red de soporte.	Contrasta en los HSH el sentimiento de aceptación dentro de su barrio, frente al de rechazo, cuando se encuentran en un espacio desconocido; por otro lado, poseen el sentimiento de contar con muy pocas oportunidades de desarrollo laboral y social.
Sexo compensado entre mujeres y hombres jóvenes en barrios de bajos ingresos en Lima, Chiclayo y Trujillo	Sandoval, Clara	Salazar, Ximena; Cáceres, Carlos	Esta investigación utiliza parte de la información producida en el estudio etnográfico que se aplicó en el Marco del Ensayo Colaborativo de Intervención Comunitaria para prevención de ITS/VIH en Perú.	La investigación intenta describir las percepciones y creencias sobre el sexo compensado que tienen las mujeres jóvenes que viven en determinados barrios de bajos ingresos en Lima, Chiclayo y Trujillo.	El sexo compensado puede darse entre mujeres y varones de la población descrita. Son jóvenes de distritos de bajos ingresos que pasan su tiempo libre en determinados lugares del barrio como esquinas; que consumen alcohol y en algunas oportunidades drogas.
Sistematización sobre la experiencia del pre-encuentro nacional de travestis y transexuales del Perú.	Villazán, Jana		La población en mención es una comunidad que vive la experiencia cultural de vivir en fememino, lo cual agrava una serie de vulneraciones de sus derechos y esta situación las expone de una manera más evidente al VIH/SIDA		

## TUBERCULOSIS Y TUBERCULOSIS MDR

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
Costo-Efectividad de cuatro métodos alternativos de determinación de la susceptibilidad de Mycobacterium de tuberculosis comparados con el estándar de referencia en pacientes con tuberculosis pulmonar con Baciloscoopia positiva en Lima, Perú	Acuña-Villa araluna, Carlos	Vassalli, Anna; Henostroza, Germán; Seas, Carlos; Guerra, Humberto; Vasquez, Lucy; Morcillo, Nora; Saravia, Juan; O'Brien, Richard; Perkins, Mark; Cunningham, Jane; Ulanos-Zavalaga, Luis; Gotuzzo, Eduardo	La aparición de resistencia a medicamentos anti-tuberculosis es un reto para los programas de control de la tuberculosis. Los métodos convencionales de detección de resistencia suelen demorar hasta 6 semanas.	El presente estudio evaluó el costo-efectividad de cuatro métodos de determinación de susceptibilidad de M.Tuberculosis, desde una perspectiva de servicios de salud.	842 muestras de pacientes con tuberculosis pulmonar BK positivo fueron evaluadas. El método directo de proporciones (DLJ) alcanzó la mejor performance diagnóstica, con una sensibilidad de 94% y especificidad de 99,3% para tuberculosis multirresistente.
Variación del peso para predecir pobre resultado a la terapia anti-tuberculosa.	Bernabé Ortiz, Antonio	Vargas Pacherez, Daniel; Cárcamo Cavagnaro, César; Evans, Carillon A.	Aunque se han realizado diversos estudios para determinar factores pronósticos del resultado final del tratamiento anti-tuberculoso, muy pocos se han centrado en la variación de peso durante la terapia y en la evaluación de la idoneidad de dichos factores.	Evaluar factores pronósticos asociados con pobre resultado a la terapia anti-tuberculosa centrado en la variación de peso durante los dos primeros meses de tratamiento.	El estudio incluyó 460 pacientes con tuberculosis, 42 (9.1%) de los cuales fueron definidos como pobre resultado (26 pacientes murieron y 16 fracasaron).
Prevalencia de factores de riesgo de enfermedad tuberculosa en sintomáticos respiratorios de zonas hiperendémicas de la Provincia de Ica.	Munayco, César V.	Sardón, Victoria; Soto, Gabriela; Arroyo, Hugo; Griffin, Ann; Moore, David	El departamento de Ica es una zona endémica de tuberculosis, con zonas de alta transmisión de esta enfermedad por lo que es importante evaluar qué parte de la población sintomática respiratoria tiene factores riesgo para enfermar de tuberculosis.	Determinar la prevalencia de los factores de riesgo para enfermedad tuberculosa en sintomáticos respiratorios de zonas hiperendémicas de la provincia de Ica.	Se estudiaron 1.63 sintomáticos respiratorios, con una edad promedio de 31.16 años.
Prevalencia de factores de riesgo para tuberculosis en una zona hiperendémica de la provincia de Ica.	Munayco, César V.	Sardón, Victoria; Torres, Julio; Soto, Gabriela; Arroyo, Hugo; Medina, José; Mayo, Carmen; Griffin, Ann; Moore, David	El departamento de Ica es una zona endémica de tuberculosis, con zonas de alta transmisión de tuberculosis.	Determinar la prevalencia de los factores de riesgo para enfermedad tuberculosa en una zona hiperendémica de la provincia de Ica.	Se estudiaron 301 hogares, la edad promedio del padre fue 46.12 y de la madre 43.12 y el 84.3% tenían una unión estable. El 73.69% de los hogares eran pobres. El 6.5% de los hogares tenía al menos un miembro de la familia con tos por más de 15 días.
TBC resistente en la Región Ica: Situación actual, factores asociados y evaluación de esquemas terapéuticos MINSA-años 1998-2004	Torres, Julio	Soto, Gabriela; Munayco V, César	Desde inicios del tercer milenio nuestro país afronta un incremento en los casos de Tuberculosis resistente, pero no se conoce con exactitud el impacto real en el departamento de Ica.	Describir la situación actual de la tuberculosis resistente, así como evaluar la efectividad de los tratamientos.	La tasa de incidencia en el departamento de Ica presentó una tendencia creciente de 1998 al 2001, (de 0.48 a 5.46), decreciendo a 4.07 el 2002 y a 3.67 el 2003, pero aumentando a 5.67 en el 2004. Nazca, Paipa e Ica, tiene las mayores tasas de incidencia.

## VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
Usos de un sistema de vigilancia epidemiológica en la generación de políticas de prevención de la violencia urbana.	Gushiken, Alfonso		Durante más de dos años, la FASPA ha impulsado la idea de generar un sistema de vigilancia epidemiológica de eventos violentos en el Perú como herramienta indispensable en la generación de políticas de prevención y control de la violencia.		
La investigación y control del brote de rubéola en la provincia de Huaura- S.E. 39 -año 2005	Jiménez Quinteros, Gabriela	Escudero Casquino, Juan; Núñez, Eloisa; Aroni M., Haydée; Aguirre C., Doris; Miraya R., Nolberta; Meneses L., Gloria; Nicho V. Irelida; Nicho V., Olinda	El 27 de septiembre de 2005, semana epidemiológica N° 39, se informa desde la Cuna Jardín "Eusebio Aranziz", distrito de Huacho, Provincia Huaura, sobre un caso secundario, extensión como febril eruptivo, diagnosticado como rubéola por un médico en consultorio particular.	Identificar la cadena de transmisión, caso primario, caso índice, contactos expuestos al contagio, proyección de posibles uncasos secundarios, extensión geográfica de la transmisión del virus y otros datos para orientar el control del brote.	El equipo de investigación epidemiológica identifica 24 casos sospechosos, con fecha de inicio de síntomas entre las semanas 36 a la 39. Los síntomas y signos más frecuente fueron fiebre, erupción, adenopatía, tos y conjun.
Psicopatología Infantil Características epidemiológicas en la población de Lima	Livia Segovia, José	Ortiz Morán, Matfalda	Cono Norte de Lima-Distrito de los Olivos.	Identificar la prevalencia y factores asociados a trastornos de conducta en niños pre y escolares del cono norte de Lima.	Los resultados señalan una prevalencia de psicopatología infantil para niños de 3 a 5 años de 13%(IC 95%=8 a 18%), predominando los factores de imagen disminuida y temores, con mayor proporción de conductas nerviosas, miedo a animales, temeroso y llora.
Sistema Nacional de Información en reducción de demanda de consumo de drogas	Piazza, Marina	Blitchein, Dora; Núñez, Eloisa	Se presenta el diseño y estructura del Sistema Nacional de Información en Reducción de Demanda (SISRED), describiendo la metodología para el recojo de la información e información de alguno de sus indicadores correspondiente al año 2005.		
Conocimientos, actitudes y prácticas sobre carbunco estudio piloto en una zona endémica de Supe	Sanabria Rojas, Hernán A.	Riboty Lara, Alfredo; Villafuerte Pratto, Andrés; González García, Maritza	En el Perú no hay estudios sobre conocimientos, creencias, actitudes y prácticas en relación al mecanismo de transmisión del carbunco, vacunación anticarbunosa, ganado enfermo, y poco es lo que se conoce en relación a su venta y consumo.	Describir los conocimientos acerca del mecanismo de transmisión del carbunco y sobre el ganado enfermo. Determinar las actitudes hacia la vacunación, venta y consumo de ganado.	Más del 80% reconoció el significado del carbunco como enfermedad, poco menos del 80% sabía que se trataba de una enfermedad de animales y del hombre; el 22% desconocía que el carbunco atacaba a la piel de la persona.

## ENFERMEDADES CRÓNICAS Y PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

Título	Autor Principal	Co-Autores	Contexto	Objetivos	Hallazgos
Caracterización de pacientes con cáncer gástrico en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el periodo 2001-2004	Bendezú Romero, Wilfredo Alexander	Chirinos Cáceres, Jesús Lorenzo; Segura García María Delia	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el periodo 2001-2004	Describir las características sociodemográficas y estilos de vida de un grupo de pacientes con cáncer gástrico, así como las características anatómopatológicas de sus lesiones con el fin de establecer el perfil del paciente con esta enfermedad.	La edad promedio fue de 60.8 años, la relación hombre/mujer igual a 1.38. El 55.9% era natural de la sierra y el 49.1% procedía de Lima. La media de escolaridad fue de 6.8 años. El 83.9% no tenía antecedente familiar de cáncer. El 60.7% nunca fumó.
Efecto de la migración rural-urbana en los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en Perú	Miranda, Jaime	Smeeth, Liam; Gilman, Robert H.	Las áreas urbanas de países en vías de desarrollo vienen creciendo rápidamente, y sus poblaciones son cada vez mayores. La migración se ha asociado a un estado de salud mejor, similar o peor cuando se comparan a los grupos emigrantes y no-emigrantes.	Evaluar los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en población emigrante de zonas rurales a zonas urbanas. Describir las diferencias de perfiles de factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares.	El estudio mencionado se viene desarrollando a la fecha, y continuará hasta septiembre 2007. Hallazgos preliminares de una fase piloto demuestran niveles considerables de presencia de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular –obesidad, hipertensión.
Prácticas de Antimicrobianos (AM) en el Primer Nivel de Atención en la DISA CALLAO: 2004-2005	Ricaldi Sueldo, Rita	Vásquez Lescano, Susana; Oyala Zegarra, María; Rojas Tovar, Rocío; Lázaro Bedía, Rosario; Zavalaga, Jan Karlo; Minaya; Vásquez Hans	Determinar el comportamiento de los prescriptores del MINSA en la atención ambulatoria del primer nivel de atención en sus prácticas de prescripción, para priorizar las intervenciones de uso racional de medicamentos.	Describir las características de las prácticas de prescripción de parte del profesional prescriptor en Centros y Puestos de Salud de la DISA Callao durante los años 2004-2005.	De las 446,149 atenciones, el 62% fueron por consulta externa y en todas se usó al menos un medicamento. Casi el 70% fueron por infección respiratoria aguda, enfermedades alérgicas y parasitosis; en los grupos menores de 18 años; en gestantes casi el 25%.





## ANEXO II - Lista de Participantes

Apellidos y Nombres	Institución	Email
Abad Helguero, Juan	UPCH - Universidad Peruana Cayetano Heredia	
Abruña Puyol, Antonio	Universidad de Piura	
Acevedo, Elizabeth	ALIDE - Asociación Latinoamericana de Instituciones Financieras para el Desarrollo	dri@alide.org.pe
Acevedo, Rommel	Pathfinder International	iquiroz@pathfinder.org
Acho Mego, Segundo Cecilio	UPCH-Universidad Peruana Cayetano Heredia	segundoacho@hotmail.com
Acosta Malpica, Emma Magda	Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Farmacia y Bioquímica	iqp_hampi_pharma@yahoo.es
Acosta Sánchez, Silvia Olinda	Asociación Benéfica Prisma	sarm@bonus.com.pe sacosta@prisma.org.pe
Aguilar Angeletti, Ana Jesús	UPCH-Universidad Peruana Cayetano Heredia	aaguilar@upch.edu.pe
Aguilar Ávila, Patricia Margarita	EsSalud	Pattymar007@hotmail.com
Alamo Zapata, Rosa	Puesto de Salud Leopoldo Barton "El Brillante"	
Alayo Sarmiento, Margarita	UPCH - Dirección Univer. De Proyección Social	
Alayza Mujica, María Rosa	Instituto Bartolomé de las Casas	bartolo@bcasas.org.pe
Alcántara, Elsa	AMIDEP- Asociación Multidisciplinaria de Investigación y Docencia en Población	amidep@terra.com.pe
Aliaga Arauco, José	UPCH - Escuela de Farmacia y Bioquímica	
Aliaga Chávez, Noel	UPCH - Facultad de Medicina Alberto Hurtado	
Aliaga Santa - María, Mérida	UNMSM	meridasin@yahoo.es
Aliaga Zegarra, Antenor Segundo	Universidad Nacional de Piura	webmaster@unp.edu.pe
Alor Pedraza, Armando	Hospital Materno Infantil San José	
Altobelli Meier, Laura	Futuras Generaciones Perú	laura@future.org
Alva Centurión, Julio	Gobierno Regional de Tacna	jalva@regiontacna.gob.pe
Alvarado Anampa, Julissa	Particular	yuliyu1@hotmail.com
Alvarado Bernuy, Adán	Universidad Nacional de Tumbes	
Alvarez Viña, Juan	Instituto Peruano de Derechos Humanos	
Amemiya Hoshi, Isabel	Instituto de Investigación Nutricional	iamemilla@iin.sld.pe
Anchorena, Annika N.	ASDI - Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo	
Andía Pérez, Bethsabe	Consejería Proyectos Refugiados Latinoamericanos	
Antunez de Mayolo Ramis, Eleazar	UPCH - Facultad de Medicina Alberto Hurtado	
Aragón, Germán Benito	UPCH - Escuela de Tecnología Médica	
Aramburú, Carlos Eduardo	CIES - Consorcio de Investigación Económica y Social	prensa@consorcio.org
Araujo Neire, Aldo	MHOL - Movimiento Homosexual de Lima	mholpe@terra.com.pe
Arbulú, Rafael	JP Morgan Chase Manhattan Bank - Perú	rossella.alberti@jpmorgan.com

Apellidos y Nombres	Institución	Email
Arca Gonzáles Del Valle, José Miguel	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	josearca@speedy.com.pe
Arce, Pilar	C.M.P. Flora Tristán	
Arévalo Sánchez, Julio	Universidad Nacional de la Amazonía	
Arévalo Valles, Jorge Luis	C.S. Lunahuana Red Cañete - Yauyos DISA Norte	jarevalov69@hotmail.com
Armillas, Federico	ANC - Asociación Nacional de Centros	conades@infonegocio.net.pe
Arosquipa Rodríguez, Carlos Cecilio	Ministerio de Salud	carosquipar@minsa.gob.pe
Arroyo Aguilar, Ruth Sara	Instituto Salud y Trabajo	isaruth@millicom.com.pe
Ascarruz Portilla, Alexander	Micro Red de Salud Leonor Saavedra-Villa San Luis	
Aspilcueta, Daniel	INPPARES - Instituto Peruano de Paternidad Responsable	postmast@inppares.org.pe
Astete Torrejón, Fredy	COMPARTIR - Asociación para el Desarrollo Sostenible	fat_70@hotmail.com
Audante, María del Pilar	ASONEDH - Asociación Negra de Defensa y Promoción de los DD. HH.	asonedh@amauta.rcp.net.pe
Avila Paulette, Diana	PCS - Consejería en Proyectos	pcasperu@pcasperu.org
Aymar Olivera, Patricia	Plan Binacional Perú - Ecuador	planbinacional@reee.gob.pe
Baca Neglia, Hilda	Universidad Particular San Martín de Porres - Fac. Obstetricia y Enfermería	
Baffigo, Virginia	Care Perú	
Baiocchi Ureta, Nelly	UPCH - Facultad de Medicina Alberto Hurtado	
Ballona, Jaime	Socios en Salud	
Barrantes Bravo, Christian	CESAL - Centro de Estudios y solidaridad con America Latina	cesalima@terra.com.pe
Barrenechea Lercari, Carlos	MIMDES	cbarrenechea@mimdes.gob.pe
Barreto C., Luz	Centro Proceso Social	prosoci@infonegocio.net.pe
Basto Saez, Manuel Jesús	Universidad Nacional de Huancavelica	
Bausalleu Rivera, Alejandro	UPCH - Dirección Univ. De Personal Docente	
Bautista Arroyo, Antenor Daniel	Universidad Nacional Federico Villarreal	
Bautista Gómez, Sixto	Universidad Mayor de San Marcos	robago007@hotmail.com
Bazán, María Elena	C.M.P. Flora Tristán	
Bazul Nicho, Víctor Eduardo	Instituto Nacional Especializado Materno Perinatal	
Bedoya Sánchez, Enrique	Universidad Tecnológica del Perú	informes@utp.edu.pe
Bedregal Reaño, Héctor	Puesto de Salud Leoncio Prado	
Béjar Cáceres, Rosa Inés	USAID Iniciativa de Políticas en Salud	rosaines@policy.org.pe
Bello Domínguez, Manuel	UPCH - Escuela de Post Grado Víctor Alzamora C.	virtual@upch.edu.pe
Benavente, Miyaray	ALTERNATIVA - Centro de Investigación Social y Educación Popular	direcc@alter.org.pe
Bendezú, Carlos	Fondo de las Américas	fondam@fondoamericas.org.pe

Apellidos y Nombres	Institución	Email
Beraun Barrantes, José	Universidad de Huánuco	
Bernabé Ortiz, Antonio	UPCH-Universidad Peruana Cayetano Heredia	aberbabeo@gmail.com
Best Bandenay, Pablo	UPCH - Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca	
Bickel, Jon	Fundación Suiza de Cooperación para el Desarrollo Técnico	
Blume Traverso, Eduardo	Vía Libre	eblume@vialibre.org.pe
Bonilla Cairo, Sonia	Hospital del Carmen de Huancayo	spbonillac@yahoo.com.ar
Bravo Alva, Francisco Javier	Hospital Nacional Hermilio Valdizán	
Buitrón Aranda, Ayme Gabriela	UPCH	abuitro@upch.edu.pe
Burga Díaz, Juan Manuel	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	
Burgos Oliveros, Homero	Gobierno Regional de La Libertad	pres_lalibertad@yahoo.com.mx
Bustamante Belaunde, Luis	Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas	postmaster@upc.edu.pe
Bustamante Chávez, Inés Verónica	UPCH	ibustama@jhsph.edu
Bustamante Laguna, Miriam	Asociación Pro Desarrollo Humano Micaela Bastidas	micaelab@amauta.rcp.net.pe
Bustamante Puente, Zulema	Universidad Nacional Hipólito Unanue	zbustamantep@hotmail.com
Bustinza Cabala, Leonor Segunda	Universidad Peruana Unión	postmast@upeu.edu.pe
Bustios Fernández, Sonia	Hospital de Huacho Huaura Oyón y SBS	
Cabieses Molina, Fernando	Universidad Científica del Sur	
Cabrejo Paredes, José Elías	Universidad Nacional de Trujillo	jecpmej@hotmail.com
Cabrera Ramos, Santiago Guillermo	Hospital Nacional Docente Madre - Niño San Bartolome	
Cabrera Vargas, Sara	Minera Yanacocha S.R.L.	Sara.cabrera@newmont.com
Cáceres Gonzáles, Claver Salvador	Hospital Sergio E. Bernales	
Cáceres Valdivia, Eduardo	APRODEH - Asociación Pro Derechos Humanos	postmaster@aprodeh.org.pe
Cachi Ramos, Marcos	Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco	
Caldas Avila, Jannina Katia	MINSA	katty-caldas@hotmail.com
Calvo Quiróz, Armando	UPCH - Dirección Universitaria de Bienestar Universitario	
Campos Guevara, Julia	CEPESJU - Centro de estudios de Problemas Económicos y Sociales de la Juventud	cepspeju@terra.com.pe
Campos Sánchez, Miguel	UPCH - Dirección Universitaria de Información	
Campos Zavala, Elvia Marcia	Ministerios de Salud	ecampos@minsa.gob.pe ecamposz@yahoo.es
Campoverde, Fernando	Medicus Mundi Navarra en Perú	mmnperu@speedy.com.pe
Canches Guzman, Rogelio	Gobierno Regional del Callao	

Apellidos y Nombres	Institución	Email
Cano Pérez, Roque	UPCH - Facultad de Medicina Alberto Hurtado	
Caparó Hidalgo, Rafael	Universidad Nacional San Luis Gonzaga, Ica	
Caravedo Reyes, Luis	UPCH - Universidad Peruana Cayetano Heredia	virtual@upch.edu.pe
Caravotta, Jorge	MSF - Médicos Sin Fronteras	msfblima@brussels.msf.org
Carballo Ordóñez, Fernando Nicanor	Hospital Nacional general Dos de Mayo	
Cárdenas Sánchez, Julio	Gobierno Regional de San Martín	
Cardoso, Jaime	Hospital Juan Pablo II	
Carpio Villegas, Teresa	Save the Children - Perú	t.carpio@savethechildren.org.pe
Carrasco Sanes, Nair	CEPREN/Red Peruana de Lactancia Materna	cepren@amauta.rcp.net.pe
Carrillo Montani, Carlos	UPCH - Instituto de Investigación de la Altura	
Casas, Javier	IPYS - Instituto Prensa y Sociedad	
Casquero Navarro, Rosa Aide	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	cnrosa3004@yahoo.es
Castagnetti Morini, Antonio	Universidad Champagnat	
Castañeda, Marisol	CALANDRIA - Asociación De Comunicadores Sociales	rmaria@caland.org.pe
Castillo Dávila, Melquiades	Universidad Peruana de las Américas	fpiscocoya@ulasamericas.edu.pe
Castillo Martell, Humberto	UPCH	hcastillo@upch.edu.pe
Castro Chuquillanqui, José Luis	VIA LIBRE	josecastroch@hotmail.com
Castro García, Esperanza	Centro IDEAS	postmast@ideas.org.pe
Castro Gómez, Julio	Foro Salud - Foro de la Sociedad Civil en Salud del Perú	coordinacionnacional@forosalud.org.pe
Castro Morales, Jorge	UPCH - Facultad de Medicina Alberto Hurtado	
Cedano, María Ysabel	CLADEM - Perú / DEMUS	myc@demus.org.pe demus@demus.org.pe
Cerna Araujo, Farah Emperatriz	Pontificia Universidad Católica del Perú	farah_c15@hotmail.com
Cervantes Liñan, Luis	Universidad Inca Garcilaso de la Vega	centrope@uigv.edu.pe
Cesare, Luis Quinto	Universidad Nacional Federico Villareal	
Cevasco, Gaby	C.M.P. Flora Tristán	gaby@flora.org.pe
Chacón, Gina	Asociación Agenda de Mujeres	mujeres@amauta.rcp.net.pe
Chambe Montesinos, Edgar Daniel	Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann - Tacna	edgarchambem@hotmail.com
Chambi Catacora, María Amparo del Pilar	FORO SALUD - PUNO	ampi_756@hotmail.com
Chanamé Ampuero, Eva Verónica	FAEN - UPCH	evaampuero@yahoo.es
Chang Escobedo, José Antonio	Universidad Particular San Martín de Porres - Campus	webmaster@usmp.edu.pe
Chávez Alfaro, René	PROMSEX	susana@promsex.org

Apellidos y Nombres	Institución	Email
Chávez Alvarado, Susana Mabel	Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann	
Chávez de Lock, Nélica	PROMSEX	susana@promsex.org
Chávez Lizarraga, Uberto Fructuoso	Colegio de Enfermeras	
Chávez Ugarte, Sugel	Universidad Privada San Juan Bautista	postmaster@upsjb.edu.pe
Chávez, Susana	Asociación Civil INTI RAYMI	raymi@amauta.rcp.net.pe
Chía Chong, Guillermo	Hospital de Apoyo Rezola Cañete	
Chiarella Ortigosa, Pascual	Consortio de Universidades - Maestría de Comunicación en Salud - UPCH	info@consorcio.edu.pe
Chumpitaz Durand, Rubén Balabonice	UPCH- Universidad Peruana Cayetano Heredia	09229@upch.edu.pe durube@yahoo.es
Chung, Carmela	CNDDHH - Coordinadora Nacional de Derechos Humanos	postmast@dhperu.org
Chunga Ticse, Luis Fernando	Hospital Materno Infantil José Agurto Tello	
Chuqilin Teran, Carlos Miguel	Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, Huacho.	webmaster@unsaca.edu.pe
Cipriano, Gladys	Casa del Bien Estar de Pamplona Alta	
Cisneros, Rosa	Milenia Radio	
Ciurlizza, Javier	Comisión de la Verdad y Reconciliación	cverdad@cverdad.org.pe
Claro Robles, Milena	APRODEMU - Promotoras de los Derechos de la Mujer	
Claux, Nelly	Save the Children - Canadá-UK	scc@savethechildren.org.pe
Coayla Vilca, Alberto	Universidad José Carlos Mariátegui	educa@ujcm.edu.pe
Colarossi Salinas, Ana	UPCH - Universidad Peruana Cayetano Heredia	
Collazos Saldaña, Hernán Bernardo	Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos	
Conde, Manuel	Asociación Madre Coraje - España	proyectos@madrecoraje.org
Condori Millán, Iván	UPCH - Universidad Peruana Cayetano Heredia	
Constantinides Rosado, Cristala	Gobierno Regional de Moquegua	presidencia@regionmoquegua.gob.pe
Contreras Zarco, Claribel Betsy	UPCH	13386@upch.edu.pe
Córdova, Hugo	Fundación Richmond Fellowship del Perú	frfperu@infonegocio.net.pe
Cornejo cuervo, Rolando	Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa	
Correa Castro, Augusto	Universidad Andina del Cusco	webmaster@uandina.edu.pe
Crosby, Patricia	AiBi - Associazione Amici di Bambini	crosbypat2003@yahoo.com
Cruz Requenes, Julio c.	PROSA - Programa de Soporte a la Autoayuda de Personas Cero Positivas	prosa_autoayuda@yahoo.com
Cuadros Béjar, Julio Antonio	UPCH	jcudrosb@upch.edu.pe
Cuaresma Sánchez, Carlos	Gobierno Regional de Cuzco	
Cuba Oré, Víctor	UPCH -Universidad Peruana Cayetano Heredia	virtual@upch.edu.pe
Cuentas, Martha	FOVIDA - Fomento de la Vida	postmast@fovida.org.pe

Apellidos y Nombres	Institución	Email
Cueto Caballero, Marcos	GRADE - Grupo de Análisis para el Desarrollo	postmaster@grade.org.pe scueto@grade.org.pe
Cueto, Santiago	UPCH-Universidad Peruana Cayetano Heredia	mcueto@upch.edu.pe
Cumpa Reyes, Jorge	Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque	
Curioso Vilchez, Walter Humberto	UPCH - Universidad Peruana Cayetano Heredia	wcurioso@u.washington.edu
Dador, Jenie	CIES - Consorcio de Investigación Económica y Social	
De Belaunde, Javier	FF - Fundación Ford - Perú	postmaster@bymaboga.com.pe
De La Cruz Briceño, Luz	FEMOCCPAALC - Federación de Mujeres Organizadas en Centrales de Comedores	femoccpaalc@telefonica.net.pe
de las Casas, Mónica	CLADEM - Oficina Regional	oficina@cladem.org
de Luque, Carola	APROPO - Apoyo a Programas de Población	apropro@terra.com.pe
Defilippi, Aldo	Americam Chamber of Commerce of Peru	
Del Campo Cavero, Jorge Adolfo	Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga	
Del Campo Sánchez, Javier Edwin	DISA V - Lima Centro	javier_delcampo@hotmail.com
Del Carpio Ancaya, Lucy	MINSA - Ministerio de Salud	
Del Castillo Irigoyen, Mario	UPCH - Facultad de Medicina Alberto Hurtado	
del Maestro Ríos, José	Gobierno Regional de Madre de Dios	
Del Valle Ramos, Julio César	TAREA - Asociación de Publicaciones Educativas	postmast@tarea.org.pe
Delgado Castillo, Gisella Yanire	INPPARES	gdelgado@inppares.org.pe
Desmaison, Martha	CENDIPP - Centro de Investigación y Promoción Popular	
Deza Navarrete, Luis	Dirección Regional de Salud Lambayeque	
Díaz Gálvez, Ana María	Asociación Aurora Vivar	aurora@telefonica.net.pe
Díaz Morales, Jeanet Esther	Futuras Generaciones Perú	jeanet@future.org
Díaz Sánchez, Augusto	Universidad Nacional Federico Villareal	
Diez Canseco Montero, Francisco	Iniciativa de Políticas en Salud	fdiezm@policy.org.pe
Diller, Guillermo	Proyecto de Salud Integral del Adolescente y Prevención de VIH - Sida	
Dinev, Milka	Pathfinder International	
Dominguez Granda, Julio	Universidad Los Ángeles de Chimbote	
Duarte Velarde, Manuel	Gobierno Regional de Junín	
Dueñas, Rosa	Casa Refugio "La Voz de la Mujer"	
Dumler Cuya, Francisco	FONCODES	fdumler@foncodes.gob.pe
Durand, Víctor	Colegio de Periodistas del Perú	cpp2000pe@hotmail.com
Echevarría Zárate, Juan	UPCH - Dirección de Univ. De Investigación Científico Técnica	

<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Institución</b>	<b>Email</b>
Eger, Helmut	GTZ - Agencia Alemana de Cooperación	eger@gtz-rural.org.pe
Elías Adanaque, José Fernando	PACT - Proyecto de Apoyo a ONGs	postmast@pact.org.pe
Elías Padrón, Renata	Dirección Regional de Salud - Lambayeque	jfea64@hotmail.com
Elias Valdeavellano, Eliana	CEPROMUP - Centro de Promoción de la Mujer del Pueblo	
Elías, Fernando	MINGA PERU	mingaperu@chavin.rcp.net.pe
Escalante Guzmán, Giovanni	Pathfinder Internacional	gescalante@pathfind.org
Escudero Casquino, Juan Fortunato	Ministerio de Salud - DISA III Lima Norte	juanescudero@yahoo.com
Espejo Alayo, Luis	Futuras Generaciones Perú	luis@future.org
Espinoza Huarocc, Salvador	CUSO	cusos@terra.com.pe
Espinoza Jiménez, Julio	Gobierno Regional de Huancavelica	sespinozah@hotmail.com
Espinoza Moreno, Tula	Hospital de Apoyo María Auxiliadora	
Espinoza Soto, Víctor Raúl	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	
Espinoza, Carmen	Gobierno Regional de Pasco	presidencia@regionpasco.gob.pe
Espíritu Salazar, Nora de las Mercedes	Hospital Nacional Dos de Mayo	nora1652@yahoo.es
Estrada Quispe, Constantino	ADECAP - Asociación de Defensa y Desarrollo de las Comunidades Andinas del Perú	adecapin@hotmail.com
Evans, Elizabeth	EDUCA - Instituto de Fomento de una Educación de Calidad	postmast@educa.org.pe
Eyzaguirre Reynoso, Omar Alberto	Universidad Privada de Tacna	uptnet@upt.edu.pe
Falcón Marina, Jorge	INTERVIDA - Asociación para la Ayuda del Tercer Mundo	direg@intervida.org.pe
Falcón Pérez, Néstor Gerardo	UPCH - Facultad de Veterinaria y Zootecnia	nfalconperez@yahoo.com
Fernández Montenegro, Blanca	C.M.P. Flora Tristán	blanca@flora.org.pe
Fernández Sánchez, Felipe	IAMAMC - Instituto de Apoyo al Movimiento de Mujeres Campesinas	iamamc@terra.com.pe
Fernández Urday, Jesús	Univ., Federico Villarreal Facultad de Medicina	
Ferrando, Delicia	Pathfinder Internacional	
Ferrari Bravo, Andrea	CESVI - Solidarietà Italiana Per il Mondo - Perú	
Figuroa Quintanilla, Dante	Universidad Nacional Agraria La Molina	
Figuroa, Clara	Instituto Nacional de Salud del Niño	
Filomeno Chávez, María E.	MIMDES	
Flores Del Pozo, Jorge Arturo	Movimiento Contra Naturas	
Flores Mendoza, Fernando Hermes	Hospital Municipal	17354@upch.edu.pe
Flores Ramos, Elaine Catherine	Particular	fhflores@terra.com.pe
Flores Tumba, Juan Antonio	USMP	elaineflores22@hotmail.com
Flores, Paul	UPCH-Universidad Peruana Cayetano Heredia	tmantonioflores98@yahoo.com

Apellidos y Nombres	Institución	Email
Fort Carrillo, Amelia	CENTRO - Instituto de Estudios Socioeconómicos y fomento del Desarrollo	centro-pg@terra.com.pe
Franke, Pedro	Foro Salud	
Freunt - Thurne, Ursula	UPC - Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas - Campus	
Fuentes Tafur, Luis	DISA Salud III Lima - Norte	
Fuentes Huerta, Manuel Enrique	Cruz Roja Internacional	mefuentes@cruzroja.org
Galarreta, Gladys	Movimiento Amplio de Mujeres - Línea Fundacional	
Galindo Puchuri, Higinio Aristides	Red de Salud de Villa El Salvador	
Gallo López Aliaga, Carla María	UPCH-Universidad Peruana Cayetano Heredia	galloc@upch.edu.pe
Gálvez Vásquez, Rosalía	RNPM - Red Nacional de Promoción de la Mujer	oficiallima@mpm.org.pe
Gamboa Sicha, Tutty	Relacahupan	tuttygamboa@hotmail.com
Gamero Requena, Julio	DESCO - Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo	postmaster@desco.org.pe
Gandini Rossi, Pierangelo	Médicos sin Fronteras	
Garatea Yori, Gastón	Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza	mclcp@mesadeconcertacion.org.pe
García Aspe, Elga	UNIFE - Universidad Femenina del Sagrado Corazón	
García Podestá, Mario	UPCH - Facultad de Veterinaria y Zootecnia	
García Zavaleta, Carlos	UPCH - Facultad de Estomatología	
Garmendia Lorena, Fausto	UNMSM - Universidad Nacional Mayor de San Marcos	decanofm@sanfer.unmsm.edu.pe
Gastañaga Ruíz, Maria Del Carmen	Instituto Nacional de Salud	cgastanaga@ins.gob.pe
Gazzolo Durand, Dante Italo	UPCH	dgazzolo@upch.edu.pe
Gendrau Acho, Sheila Liudmila	Universidad Nacional de Colombia	sheilagendrau@yahoo.com.br
Gherzi Miranda, Hugo Dante	UPCH - Facultad de Estomatología Roberto Beltrán Neira	
Giove Nakazawa, Rosa Amelia	Foro SaluSan Marín	rosagiove@takawasi.com
Girón Vilela, Jéssica Maziel	UPCH-Universidad Peruana Cayetano Heredia	16578@upch.edu.pe
Gobels, Werner	DED - Servicio Alemán de Cooperación Social-Técnica	ded@ded.org.pe
Gómez, Martha	AICDD - African Institute for Community-Driven Development	marta.gomez@shaw.ca
Gonzáles Del Carpio, Diego	Puesto de Salud 12 de Noviembre	
Gonzáles Falla, Carmen V.	UPCH - Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca	
Gonzáles Rengifo, Gustavo	UPCH - Facultad de Medicina Alberto Hurtado	
Gonzáles, Patricia	UPCH - Facultad de Ciencias Alberto Cazorla	
Gotuzo Herencia, Eduardo	UPCH - Instituto de Medicina Tropical Alexander Von Humboldt	



Apellidos y Nombres	Institución	Email
Gozzer Infante, Ernesto Eugenio	UPCH-Universidad Peruana Cayetano Heredia	Egozzeri@upch.edu.pe
Guerra Cruz, Guillermo Gregorio	CIIR CID - Cooperación Internacional para el Desarrollo	cidperu@infonegocio.net.pe
Guerra P., Teonila	UPCH	hguerra@upch.edu.pe
Guerra, Dina	Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo	
Guerra, Humberto	SOCODEVI - Sociedad de Cooperación para el Desarrollo Internacional	socodevi@socodeviperu.org
Guerrero Ocampo, Susana Beatriz	Fundación ayuda en acción - Perú	susanaguerrero@ayudaenaccion-peru.org
Guerrero Vásquez, Rossina Violeta	PROMSEX	rossina@promsex.org
Gushiken Miyagui, Roberto Alfonso	UPCH - Universidad Peruana Cayetano Heredia	agushiken@upch.edu.pe
Gutiérrez Fuente, Juan Ignacio	Ayuda en Acción	peru.ayudaenaccion.org
Gutiérrez Ramos, Miguel	Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia	spog@terra.com.pe
Gutiérrez Tudela, James	Sociedad Peruana de Enfermedades Infecciosas y Tropicales	speit@speit.org.pe
Guzmán, Jorge	Fondo Monetario Internacional	
Guzmán-Barrón Sobrevilla, Luis	PUCP - Pontificia Universidad Católica del Perú	informa@pucp.edu.pe
Hagnauer, Juan	Swisscontact - Fundación Suiza de Cooperación para el Desarrollo Técnico	scperu@swisscontact.org
Hammer, Patricia	Centro para la Promoción del Bienestar Social	phammer@wayna.rcp.net.pe
Harman Guerra, Henry A.	Comisión Fullbright	info@fullbrightperu.info
Hasembank Armas, María Isabel	Asociación de Jueces Para la Justicia y Democracia	tuesdem@yahoo.com
Haustein, Delia	PRISMA - Asociación Benéfica	postmaster@prisma.org.pe
Heavens, Douglas	ADRA - Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales	postmast@adra.org.pe
Heijdra, Hans	SNV - Servicio Holandés de Cooperación Técnica y Social	snv@amauta.rcp.net.pe
Herrera Calle, Edita	USAID Iniciativa de Políticas en Salud	edita@policy.org.pe
Herrera Catalán, Nadya	Acción Internacional Para la Salud	nadyaherrera@gmail.com
Herrera Velit, Patricia	UPCH - Facultad de Ciencias Alberto Cazorla Taller	
Hidalgo Nicho, Iris Emma	Universidad Particular San Martín de Porres	imahin@hotmail.com
Hinojosa Huanca, Josefina	Mujer y Sociedad	mujerysociedad@terra.com.pe
Hirao, Denise	CLADEM BRASIL	denisehirao@gmail.com
Horna Bances, Esteban	Universidad Nacional del Santa, Chimbote	
Horna Guevara, Yvan Walter	Instituto de Salud, MSC "Cristoforis Deneke" ISDEN	isden@terra.com
Huaita Alegre, Marcela Patricia	USAID - Iniciativa de Política en Salud	mhuaita@policy.org.pe
Huamán Espino, Lucio Pepe	Instituto Nacional de Salud	luciohuaman@ins.gob.pe

Apellidos y Nombres	Institución	Email
Huamán Guerrero, Manuel	Universidad Ricardo Palma	
Huanambal Tiravanti, Víctor	UPCH - Dirección General de Administración	
Huanca León, Daniel Santos	FOROSALUD / Convenio CIES-CARE FORD 2006	dahualeo@yahoo.es
Huarachi Quintanilla, Luis Alberto	Hospital Nacional Hipólito Unanue	
Huaraj García, Gina Carmen	DIGEMID - MINSA	ghuaraj@yahoo.com
Huayta Cáceres, Haydee	ONG Solaris	Haydeehuaytamolina@hotmail.com
Huertas, Miguel	Defensoría del Policía	defensoriadelpolicia@mininter.gob.pe
Hung Chaparro, Armando	UPCH - Facultad de Veterinaria y Zootecnia	
Hurtado Custodio, Jazmín	MINSA - Ministerio de Salud	
Hurtado, Raquel	UPCH - Facultad de Ciencias Alberto Cazorla Talleri	
Ibazeta, Marcos	Colegio de Abogados de Lima	decano@cal.org.pe
Ige Afuso, Manuel	Hospital Nacional General Arzobispo Loayza	
Iguñiz E., Manuel	Foro Educativo	foroeducativo@terra.com
Inga Santivañez, Rosa María	UPCH - Facultad de Ciencias Alberto Cazorla Talleri	
Iribari Picón, Ángel	Dirección Regional de Salud La Libertad	
Jacay, Sheila	Comisión Andina de Juristas	
Jaramillo Rojas, German	CAF - Corporación Andina de Fomento - Perú	
Jáuregui Rivera, Sonia	Futuras Generaciones Perú	soniajauregui@yahoo.es
Jesús Aquino, Maximina	Micro Red de Salud José Gálvez y nueva Esperanza	
Jiménez Bendezú, Juan	UPCH - Universidad Peruana Cayetano Heredia	
Jiménez Quinteros, Gabriela Mabel	Hospital de Huacho	mabeljimeneza@yahoo.es
Jimenez Sardon, David	Gobierno Regional de Puno	
Juárez Villafuerte, Eduardo	PEPs Promotores Educadores Pares Chorrillos	eduma19@hotmail.com
Julia, Carmen	MINSA - Ministerio de Salud	
Kahn Segura, María	Asociación PreNatal Perú / Population Concern	mkahn@prenatal.tv mkahn@wayna.rcp.net.pe
Kashner, Anna	Universidad Peruana Cayetano Heredia	akashner@u.washington.edu
Lama Morales, Ricardo Aldo	Hospital San José	
Landeo, Lillian	OXFAM América	
Landoni, Hans	IDL- Instituto de Defensa Legal	
Lara Valderrama, Rosa Elena	Colegio Nacional de Obstétricas del Perú	colegiodeobstetricesdelperu@hisavista.com
Lavado de la Flor, Griceria del Carmen	Hospital Nacional Dos de Mayo	lichi_lavflor@yahoo.com
Lavanderi García, Rosa	Central Nacional de Mujeres de Sectores Populares del Perú "Miciela Bastidas"	cendipp@chavin.rcp.net.pe

Apellidos y Nombres	Institución	Email
Lazo Escobar, Lilia Luz	ASPLE - Asoc. Promot. Legales Cono Norte	asple@ec-red.com
Lazo Manríque, Jorge	Universidad Inca Garcilazo de la Vega	
Lecca García, Leonid Willbert	Socios en Salud	llecca-ses@pili.org. leolecca@hotmail.com
León Cáceda, Norma Noemí	EsSalud	nzegarra2@yahoo.com
León Calderón, Carlos Florencio	Hospital de emergencias Pediátricas	
León Collao, Luz Beatriz	Centro de Salud Ermitaño Bajo	luzleonc@yahoo.es
León Velarde Servetto, Fabiola	UPCH -Universidad Peruana Cayetano Heredia	
Leturia Márquez, Carlos	Centro Médico Militar	
Lip Licham, César	Universidad Wiener	info@wiener.edu.pe
Lisarazo Caparo, Frank	Universidad Particular San Martín de Porres - Facultad de Medicina	
Livia Segovia, José Héctor	Universidad Federico Villarreal - MINSA	livsegjo@yahoo.com
Lizaraso, Frank Valentín	Universidad de San Martín de Porres	
Llaja Villena, Jeannette	DEMUS	jeannette@demus.org.pe
Llanos Zavalaga, Luis Fernando	UPCH	
Llmpen coronel, Humberto	Universidad Privada Señor de Sipan S.A.C.	hlmpen@upss.edu.pe
Llosa Isenrich, Lucía	UPCH - Universidad Peruana Cayetano Heredia	
Lluncor Mendoza, David Gerardo	Universidad Nacional de Ucayali	imagen@unu.edu.pe
Lobo Rueda, Jesús	Solidaridad Internacional - Perú	decoperu@amnet.com.pe
López A., Nilver	SUTEP - Sindicato Unitario de Trabajadores en la Educación del Perú	nilver_sutep@latinmail.com
López Linares, Roberto	AIS LAC - Asociación Internacional para la Salud	ais@aislac.org.pe
López Sánchez, Milena	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	milenalop@hotmail.com
López Tocón, Lídice Maritza	Acción Internacional para la Salud	lidice@aislac.org
Lugo Murga, Elizabeth	UPCH-Universidad Peruana Cayetano Heredia	21115@upch.edu.pe
Luna F., Mariella de los Milagros	KALLPA	postmast@kallpa.org.pe
Luna Ríos, María del Pilar	UCSUR	mapiluna5@yahoo.es
Luque Mamaní, Juan	Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Juliaca	
Maezono Yamashita, Luis	Universidad Nacional Agraria La Molina	
Maldonado García, Holger	UPCH - Facultad de Ciencias Alberto Cazorla Taller	
Mancini, Mario	Movimiento Laico	
Manrique Chávez, Carolina Beatriz	Ministerio de Agricultura	
Manrique Chávez, Jorge Enrique	UPCH	carolina_cachorra@hotmail.com
Manrique Morales, Luis	UPCH	jorge_mdc@hotmail.com
Manrique Morales, Zelmira	ESSALUD	zmanrique@hotmail.com
Manrique, Manuel	Proyecto AMARES	

Apellidos y Nombres	Institución	Email
Marchena Reátegui, Pedro	USAID Iniciativa de Políticas en Salud	pmarchena@policy.org.pe
Marín Guevara, Leticia Gloria	Hospital Nacional Hipólito Unánue	gloriamaringuevara@hotmail.com
Márquez Cabezas, Carlos Otilio	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	camar_unmsm@hotmail.com
Márquez Montero, Gianmarco	UPCH-Universidad Peruana Cayetano Heredia	13225@upch.edu.pe
Marticorena, Benjamín	CONCYTEC	
Martina Chávez, Martha Brígida	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	mar2903@yahoo.es
Martínez Cortez, Rosa Lucía	Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión	arianarosm@yahoo.es
Martínez Paredes, César	Micro Red de Salud Manuel Barreto	
Mauricio Pachas, Juan Elisban	La Casa de Panchita	smauriciob@viabcp.com
Mauricio, Sofía	Hospital Nacional Cayetano Heredia	
Mayta Tristán, Percy Manuel	Instituto Nacional de Salud	pmayta@ins.gob.pe
Mazzetti, Pilar	MINSA - Ministerio de Salud	
Medina Feijoo, Rosa	Gobierno Regional de Tumbes	medina@regiontumbes.gob.pe
Medina Osís, Jose Lionel	Dirección General de Epidemiología	jmedina@oge.sld.pe
Mejía Alarcón, Roberto	ANP - Asociación Nacional de Periodista	
Mendoza Arana, Pedro Jesús	Escuela para el Desarrollo	
Mendoza Guerrero, Pedro	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	pmendozaa@unmsm.edu.pe
Mendoza Paredes, Lilia Margarita	Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo	
Mendoza, Rosa	ESSALUD - Cajamarca	lilia533@hotmail.com
Merea Llanos, Víctor	Universidad Nacional del Callao	oirp@unac.edu.pe
Meza Ventocilla, María Victoria	Particular	marinameza03@hotmail.com
Mini Díaz, Ely	Instituto Nacional Especializado Materno Perinatal	
Miranda Arostigue, Evaristo Raúl	UPCH - Universidad Peruana Cayetano Heredia	
Miranda Montero, Juan Jaime	MINSA	eraul@terra.com.pe
Miranda, José Carlos	London School of Hygiene and Tropical Medicine	mirandajj@gmail.com
Mispireta Robles, Mónica	Instituto de Investigación Nutricional	mmispireta@iin.sld.pe
Mogollón Chapilliquén, María Esther	UPCH-Universidad Peruana Cayetano Heredia	marie@terra.com.pe mariemch7@yahoo.es
Montellanos Carbajal, Fanny	MIMDES	
Montenegro Serkovic, Estela	UPCH - Facultad de Psicología	
Montero, Edith	DIAKONIA - Acción Ecuménica Sueca	diakonia@amauta.rcp.net.pe
Montoya Mestanza, Angelmiro	Universidad Nacional de Cajamarca	
Mora Vidal, Fanny Esther	La Liga de la Leche Perú	mora.fe@pucp.edu.pe
Morales Chinchá, Jorge	Universidad Privada San Pedro, Chimbote	
Morales Morales, Roberto	Universidad Nacional de Ingeniería	

Apellidos y Nombres	Institución	Email
Mosco Gonzáles, Jorge Artemio	Hospital de emergencias José Casimiro Ulloa	
Mosquera, María Teresa	Acción Por los Niños	
Mostajo, Patricia	Iniciativas de Políticas en Salud	pmostajo@amauta.rcp.net.pe
Mufarech Nemy, Miguel Ángel	Gobierno Regional de Lima	
Mujica, Javier	Centro de Asesoría Laboral del Perú CEDAL	
Munayco Escate, César Vladimir	Universidad Nacional de San Luis Gonzaga de Ica	cmunayco@jhsph.edu
Muñante Porras, Iris	Red de Salud San Juan de Miraflores - Villa María del Triunfo	
Muñoz del Carpio Toia, Agueda	Universidad Católica de Santa María	amolarequipa@hotmail.com
Murguía Pardo, Carmen	Red SIDA Perú	redsidaperu@infonegocio.com.pe
Musayón Oblitas, Flor Yesenia	UPCH	fmusayon@upch.edu.pe
Naizal, Manuel	Escuela Superior Antonio Ruiz de montoya	postmaster@ruiz.edu.pe
Naquira Velarde, César	Instituto Nacional de Salud	
Narváez Soto, Ricardo	Gobierno Regional de Ancash	presidejec@regionancash.gob.pe
Necochea López, Raúl Antonio	Macgill University	raul_necochea@gmail.com
Necochea Tello, Víctor Wilfredo	Perú Acción para el Desarrollo - SOIS FAIM	sosf@amauta.orf.pe
Negreiros de la Cruz, Karina	Centro Médico Municipal Nazareno	
Nicho Madueño, Iris Glenny	MINSA	lgnmadu7@yahoo.com
Nino Guerrero, Alfonso Edgardo	UPCH	aninog@gmail.com
Nivín Colcas, Indira Dula	UPCH-Universidad Peruana Cayetano Heredia	indinico@yahoo.es indirani@hotmail.com
Nizama Valladolid, Martín	Instituto especializado Salud Mental Hideyo Noguchi	
Núñez Chávez, Ulises	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	
Núñez Espinoza, Julio Néstor	Pontificia Universidad Católica del Perú	nunez.jn@pucp.edu.pe
Núñez Vargas, Magda	Universidad Norbert Wiener	pipilota202@hotmail.com manuva@zipmail.com.br
Oblitas Carranza, Tania Ruby	Instituto Nacional de Salud	tania_oblitas@yahoo.es
Ochoa Alencastre, Mercedes Yadira		mercedesyadira@yahoo.es
Ojeda Parra, Teresa Esther	Universidad Peruana Cayetano Heredia	20669@upch.edu.pe
Olaya Guerrero, Julio César	Particular	Olaya.jc@pucp.edu.pe
Olívares Escobar, Artemio	Universidad Nacional San Antonio Abad, Cusco	
Olivera Rivarola, Isabel	ESAN - Escuela de Administración de Negocios para Graduados	
Olivos Vargas, Fernando T.	UPCH	folivos@upch.edu.pe
Orbegoso Venegas, Brijaldo Sigifredo	Universidad Privada César Vallejo, Trujillo	webmaster@ucv.edu.pe
Ordoñez Salazar, Rosa Isabel	Minera Yanacocha S.R.L.	rosa.ordonez@newmont.com
Ormachea Frisancho, José	CENAM	

Apellidos y Nombres	Institución	Email
Ortega Galarza, Edwyn Tobias	Universidad Nacional Hermilio Valdizan	
Ortega García, Cirilo	Universidad Peruana Los Andes, Huancayo	
Ortiz de Zevallos, Felipe	Universidad del Pacífico	dri@up.edu.pe
Ortiz Prieto, Alberto	Universidad Particular de Chiclayo	
Ortiz Souza, Hugo Anibal	Hospital de Chancay	
Ostos Jara, Bernardo Elvis	Dirección de Salud II Lima Sur	
Pachas Napan, Bernardo	Centro de Salud Villa San Luis	
Pacheco Ortiz, Roberto	Universidad Tecnológica de los Andes	
Palacios Sánchez, Sara Elizabeth	UNFPA - Fondo de Población de las Naciones Unidas	
Palacios Solano, Jacinto Jesús	Universidad Nacional de Cajamarca	saraelster@gmail.com
Palacios, Jairo	Hospital de Huacho	
Palant, María Esther	Asociación de Capacitación y Comunicación de la Salud	anamperu@yahoo.com
Palomino Aguilar, Isabel Zulema	Particular	xizpa@yahoo.com
Pamo Reyna, Oscar	UPCH - Facultad de Medicina Alberto Hurtado	
Panisa Richero, Lino	Cáritas del Perú	postmaster@caritas.org.pe
Pardón, Mauricio	CEPIS	
Paredes Ayala, Benjamín	DISA Salud I Callao	
Paredes Núñez, Julio Ernesto	Universidad Católica de Santa María, Arequipa	
Parra, Jorge	Centro de Salud Reproductiva y Desarrollo	investigacion@csrdperu.org
Patrón, Pepi	Asociación Civil Transparencia	postmast@transparencia.org.pe
Pedroza Toribio, Julio César	Particular	jpedrozat@minsa.gob.pe
Peirano Falconi, Luis	Consortio de Universidades	
Penny Roberts, Mary	IIN - Instituto de Investigación Nutricional	postmaster@iin.sld.pe
Peña Escobar, Manuel	OPS - Organización Panamericana de Salud	
Peña Guerra, José Luis	Puesto de Salud 5 de Mayo	
Peñaloza Rodríguez, Isaías	Colegio Médico del Perú	admin@colmedi.org.pe
Perea Paz, Benjamín	Sociedad de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética del Perú	kirsch@terra.com.pe
Perea, Elmer	UPCH - Facultad de Estomatología	
Pérez H., Carmela	Centro de Promoción de la Mujer "Micaela Bastidas"	mbastidas@terra.com.pe
Pérez Luna Gallardo, Griselda Alicia	UPCH-Universidad Peruana Cayetano Heredia	gris-cs@amauta.rcp.net.pe
Pinilla Cisneros, Susana	IDESI - Lima	idesi-lima@terra.com.pe
Piña Gastelumendi, Luis	Gobierno Regional de Cajamarca	
Podesta Gavilano, Luis Enrique	MINSA - Ministerio de Salud	
Pomalima Rodríguez, Rolando	Instituto Especializado de Salud "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"	IESM_hdelgado@minsa.gob.pe

Apellidos y Nombres	Institución	Email
Ponce Rodríguez, Eduardo	Micro Red de Salud Villa María del Triunfo José Carlos Mariátegui	
Prada, Sixto	Universidad Nacional de Trujillo	
Prado Prado Alfredo	CIPA - Centro de Investigación y Promoción Amazónica / Universidad Federico Villarreal	cipalima@telefonica.net.pe monicaruiz27@yahoo.com
Proaño de Casalino, Doris	UPCH - Universidad Peruana Cayetano Heredia	
Quedena Zambrano, Rosa	FEDEPAZ - fundación Ecuménica para el Desarrollo y la Paz	fedemail@terra.com.pe
Quezada Martínez, Werner	Gobierno Regional de Ayacucho	postmaster@regionayacucho.gob.pe
Quintana Sánchez, Alicia	IES - Instituto de Educación y Salud	
Quintanilla, Tammy	CLADEM - Perú /Movimiento El Pozo	clademperu@cladem.org creapozo@terra.com.pe
Quinteros García, Alfredo	Universidad Nacional de San Martín Tarapoto	unsm@icg.org.pe
Quispe Rodríguez, Mario	MINSA - Puno - Juliaca	
Raffo, Elvira	CRS - Catholic Relief Services	eraffo@crdpe.org.pe
Raguz, María	Redess Jóvenes	redessjovenes@millicom.com.pe
Ramírez Prado, Fidellino	Fundación Intered	itsrl@terra.com.pe
Ramírez Wong, Fernando	Universidad Alas Peruanas	
Ramírez, Janett	Micro Red de Salud Trebol Azul - SJM	
Ramos López, Elba Catalina	Sociedad Peruana de Psicoanálisis	sp psico@infonegocio.net.pe
Ramos Padilla, Miguel Ángel	ACDHEVOC	draramoslopez@yahoo.com
Ramos, María del Carmen	UPCH-Universidad Peruana Cayetano Heredia	mramos@upch.edu.pe
Reátegui Colareta, Norma	UPCH - Facultad de Psicología	
Rebaza, Ana María	OXFAM GB - Programa Perú	programaperu@oxfam.org.pe
Regozini, Georg María	Fundación Hanns-Seidel-Stiftung e. V	hss-peru@terra.com.pe
Reilly, Thomas K.	PRODES - Programa Pro Descentralizado USAID	postmaster@prodes.org.pe
Reyes Contreras, Miguel	Gobierno Regional de Amazonas	mrt_30955@hotmail.com
Reyes Flores, Alejandro	UNMSM - Universidad Nacional Mayor de San Marcos	ofinsoc@unmsm.edu.pe
Reyes López, Lidia	USAID Iniciativa de Políticas en Salud	lidiarl@policy.org.pe
Reyes Solari, Irma Esperanza	UPCH-Universidad Peruana Cayetano Heredia	ereyes@upch.edu.pe
Reyes Vega, Mary Felissa	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	mreyesv@unmsm.edu.pe
Rheineck Piccardo, Juan	IAF - Inter-American Foundation	jrheineck@iafperu.com
Rheineck, Juan Carlos	CEPES - Centro Peruano de Estudios Sociales	cepes@cepes.org.pe
Ricaldi Sueldo, Rita Silvia	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas	ritaricaldi@yahoo.com; 03612@upch.edu.pe
Ricse Cataño, Carlos	PAR Salud - Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud	webmaster@parsalud.gob.pe

Apellidos y Nombres	Institución	Email
Ríos Castell Prado, Giovanna Sandra	Instituto de Investigación Nutricional	sandrarcp@hotmail.com
Rivadeneira Reategui, Robinson	Gobierno Regional de Loreto	grdpresi@regionloreto.gob.pe
Rivera Chira, María	CHIRAPAQ - Centro de Culturas Indígenas del Perú	
Rivera, Tarcila	UPCH - Facultad de Ciencias Alberto Cazorla Talleri	
Robillard, Chantal	Douglas Hospital Research Centre/McGill University - FASPA/UPCH	chantal.robillard@mcgill.ca
Rodríguez Álvarez, Estela	Centro de Investigación y Desarrollo en Programas de Salud	cidepsa@terra.com.pe
Rodríguez Castro, Manuel	UPCH - Facultad de Educación	
Rodríguez Chávez, Iván	UPCH - Dirección Univ. De Evaluación y Acreditación	
Rodríguez Risco, Daniel	Universidad Ricardo Palma	helpdesk@urp.edu.pe
Rodríguez, Félix	Universidad Privada del Norte, Trujillo	informes@upnorte.edu.pe
Rojas Caro, Germán	COMISEDH - Comisión de Derechos Humanos	comisedh@amauta.rcp.net.pe
Rojas Espinoza, Clara	Universidad Peruana Federico Villareal	
Rojas Mendoza, Jorge	Asociación Internacional para la Salud	grojas3000@gmail.com
Rojas Noriega, Norma	UNMSM - Universidad Nacional Mayor de San Marcos	decanofm@sanfer.unmsm.edu.pe
Rojas Rojas, Ibico Nicolas	Grupo de Soporte Emocional de Personas Viviendo con VIH/SIDA	
Rojas Salas, Gladys	Acción por los Niños	postmaster@accionporlosninos.org.pe
Rojas, Pablo	Universidad Particular de Iquitos	upi@icg.org.pe
Rojas, Violeta	Universidad Andina del Cusco	g_rojas_salas@hotmail.com
Rojo, Miriam	PRISMA - Asociación Benéfica	postmaster@prisma.org.pe
Romero Lozada, Ana María	MIMDES	
Roncal, Rocío	KALLPA - Asociación para la Promoción Integral de la Salud y el Desarrollo	
Rondelez, Freija	NCOS - Centro Nacional de Cooperación al Desarrollo - Bélgica (Ahora se llama 11.11.11)	once1111@millicom.com.pe
Roque Castro, Francisco	OXFAM GB - Central Regional	sudamerica@oxfam.org.pe
Rosas Aguirre, Ángel Martín	Particular	angelrosasa@gmail.com
Rosas Prieto, Alex Moisés	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	amrp@latinmail.com
Rosasco Dulanto, Ana María	UPCH-Universidad Peruana Cayetano Heredia	16579@upch.edu.pe
Rosenberger, Marcus	KAS - Fundación Konrad Adenauer Stiftung	konrad@kas.org.pe
Rumrill García, Rogger	CHIRAPAQ - Centro de Culturas Indígenas del Perú	ayllu@chirapaq.org.pe
Saavedra Castillo, Javier Esteban	Instituto Nacional de Salud Mental	saavedra@terra.com.pe
Saavedra Muñoz, Marcos Julio	Dirección de Salud V Lima Ciudad	marcosjulio59@yahoo.com
Sabana Gamarra, Víctor Carlos	Universidad Nacional de Trujillo	



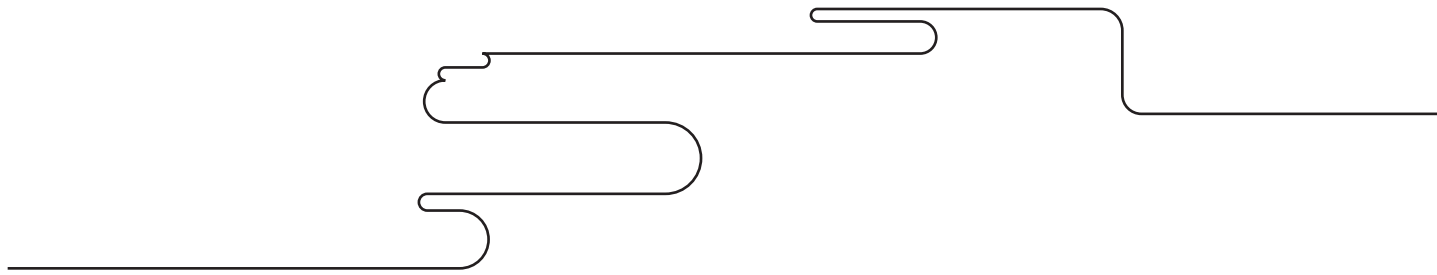
<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Institución</b>	<b>Email</b>
Salazar García, Elizabeth Sara	Dirección Regional de Salud - Lambayeque	esalazar53@hotmail.com
Salazar Lostaunau, Ximena	UPCH- Universidad Peruana Cayetano Heredia	16570@upch.edu.pe
Salazar Rossi, Aroldo	AIDSESP - Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana	aidesep@infonegocio.net.pe
Saldarriaga Olortiga, Christian Omar	Universidad Peruana Cayetano Heredia	doctorsaldarriaga@hotmail.com
Salinas Blanco, María	UPCH - Universidad Peruana Cayetano Heredia	
Salinas, Luis	PUCP	msalina@pucc.edu.pe
Samaniego Pérez, Isabel Cristina	OIKOCREDIT	
Sanabria Rojas, Hernán Arturo	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	hernan_sanabria2007@yahoo.com
Sánchez Acevedo, Víctor Manuel	APECO - Asociación Peruana Conservación de la Naturaleza	apeco@apeco.org.pe
Sánchez Díaz, Elvira M.	The British Council - Consejo Británico	
Sánchez F., Jorge	Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión	
Sánchez Marín, Jesús	UPCH - Facultad de Enfermería	
Sánchez Moreno Ramos, Francisco	IMPACTA - Asociación Civil Salud y Educación	impactauser@impactaperu.org
Sánchez Reto, Milagritos	Universidad Nacional del Centro del Perú, Huancayo	
Sánchez Tejada, Elard Adrian	Academia Peruana de Salud	aps1993@speedy.com.pe
Sánchez, Christian	EsSalud	milisanchez2004@yahoo.es
Sánchez, Silvia	Hospital Víctor Larco Herrera	
Sandoval Figueroa, Clara Zoraida	UPCH-Universidad Peruana Cayetano Heredia	20679@upch.edu.pe
Santillán Medianero, Viviana del Carmen	Dirección Regional de Salud - Lambayeque	vsantillanm@yahoo.es
Schiappa-Pietra, Oscar	APCI - Agencia Peruana de Cooperación Internacional	postmaster@apci.gob.pe
Scurrah, Martín	OXFAM - América	nchavez@oxfamamerica.org
Sebastián, José Luis	Ministerio de Salud	jsebastian@minsa.gob.pe
Sebastiani, Angela	INPPARES - Instituto Peruano de Paternidad Responsable	
Segura, Eddy	UPCH	03929@upch.edu.pe
Seminario Labrín, Mariela	Particular	masemi150870@hotmail.com
Serrano Medina, Elvia Pilar	Particular	
Server, Kristina	UPCH	kristinasever@gmail.com
Shmitz, Jean	Fundación Terre Des Hommes Lausanne Suiza	
Sifuentes Valverde, Elías	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	
Silva Santisteban Portella, Alfonso	UPCH-Universidad Peruana Cayetano Heredia	silvasantistebanp@yahoo.es
Simon Murano, Yehude	Gobierno Regional de Lambayeque	presidencia@regionlambayeque.gob.pe

Apellidos y Nombres	Institución	Email
Simons Camino, Stanley	Universidad Católica San Pablo	
Soberón, Francisco	CNDDHH - Coordinadora Nacional de Derechos Humanos	
Solano Ventocilla, Luis Elvin	Particular	lviselvin@yahoo.com.mx
Solari, Gina	Save the Children - Suecia	postmaster@scslat.org
Solís Gómez, Manuel	Universidad Nacional La Cantuta	webmaster@une.edu.pe
Sotomayor Noel, Renzo Efrén	EDHUCASALUD	renzo.sotomayor@gmail.com
Stanojevich, Milovan	CARE Perú	postmaster@care.org.pe
Suárez aliaga, Rosa	Gobierno Regional de Apurímac	
Talavera Traverso, Jorge	Universidad San Ignacio de Loyola	
Tallada Iglesia, Ana	INCAFAM	incafam8@ec-red.com
Tallada, Ana	Mesa de Lucha Contra la Pobreza	
Tanaka, Martín	IEP - Instituto de Estudios Peruanos	postmaster@iep.org.pe
Tapia Infantes, Marta	Universidad Nacional del Altiplano	
Tello Céspedes, Manuel	Gobierno Regional de Ica	presidencia@regionica.gob.pe
Templo Condeso, Luzmila	Gobierno Regional de Huanuco	presidente@regionhuanuco.gob.pe
Terrasas, Zulma	Centro de Salud Trébol azul	
Thollaug, Susan	Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos AID	
Tipacti Alvarado, César	UPCH - Facultad de Ciencias Alberto Cazorla Taller	
Tolentino Cardoso, Rhode Mildred	ESSALUD	rhoderosa@hotmail.com
Torrealva Collazos, Angélica	UPCH - Universidad Peruana Cayetano Heredia	
Torres Chang, Julio Héctor	Fundación ANAR	anar@cpuc.edu.pe
Torres Donayre, Melva Isabel	Universidad de Ica - DAC	jttoresoh@yahoo.es
Torres Vadillo, Rosa	Universidad Peruana los Andes	isa2284mtd@yahoo.es
Torres, Patricia	OPCMA	rosattvv_rtv@yahoo.es
Trapasso, Dominga	Movimiento El Pozo	
Trelles Lara, César	Gobierno Regional de Piura	
Urios-Huigens, Xavier	Fundación de Ayuda contra la Drogadicción	fadandina@infonegocio.net.pe
Uriaga Rubio, María Luisa	Particular	mariuriaga@hotmail.com
Urunaga Díaz, Víctor	Programa Bolívar - Integración tecnológica Regional Innovación y Competitividad Industrial	Vurunaga@correoutlima.edu.pe
Valdez Fernández Vacca, Alvaro	ADEPSEP	
Valdivia, Martín	GRADE	jvaldivi@grade.org.pe
Valencia Pozo, Carlos Alfredo	CEPRODEP - Centro de Promoción y Desarrollo Poblacional	postmast@ceprodep.org.pe
Valencia Tapia, Edgar	UPCH - Universidad Peruana Cayetano Heredia	
Valer Infantas, Aníbal	IDESPA - Instituto para el Desarrollo, Educación, Salud y Pacificación	idespa@terra.com.pe

Apellidos y Nombres	Institución	Email
Valera Saldaña, Dely Esther	Minera Yanacocha S.R.L.	Dely.valera@newmont.com
Valladares Quijano, Manuel	UNMSM - Univ. Nacional Mayor de San Marcos	bibcent@unmsm.edu.pe
Vallejos Sologuren, Carlos	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas	postmaster@inen.sld.pe
Vallenas Bejar, Sandra Cristina	PUCP	svallenas@pucp.edu.pe
Vallenas Pedemonte, Francisco	Micro Red de Salud Daniel A. Carrión - Tablada de Lurín	
Valverde Garabán, Carmen	CENDIPP - Centro de Investigación y Promoción Popular	cendipp@chavin.rcp.net.pe
Vander Linden, Claire	Particular	claire.vdl@gmail.com
Vará, Juana Rosa	Universidad San Ignacio de Loyola	jrosas@sil.edu.pe
Varela Pinedo, Luis	UPCH - Instituto de Gerontología	
Vargas Zafra, Lupe Antonieta	Apropo	
Vargas, Amador	Colegio Médico del Perú	
Vargas, Luis	INTERMON OXFAM	intermonoxfam@infonegocio.net.pe
Vargas, Trixi	Particular	lupevar@viabcp.com upear@mixmap.com
Varón Gabai, Rafael	Fundación Telefónica	
Vásquez Andrade, Luis	Campaña por la Convención de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos	
Vásquez López, Edwin	CESIP - Centro de Estudios Sociales y Publicaciones	postmast@cesip.org.pe
Vásquez Soplopucó Hans Demetrio	Proyecto VIGIA - Instituto Nacional de Salud	ivasquez23@terra.com.pe
Vásquez, Ana	UPCH - Universidad Peruana Cayetano Heredia	
Vásquez, Luz Esther	Gobierno Regional de Ucayali	presidencia@regionucayali.gob.pe
Vásquez, Roxana	DIGEMID	hvasquezhans@yahoo.com
Vassilaqui, Alejandro	CEDRO-Centro de Información y Educación para Prevención del abuso de Drogas	avassilaki@cedro.org.pe
Vattuone, María Elena	PAR SALUD - Programa de Apoyo a la Reforma de Salud	
Vega, Ismael	AI - Amnistía Internacional	postmast@amnistia Peru.org.pe
Vega, Miguel	Movimiento Negro Francisco Congo	
Vela Quico, Alejandro Félix	Proyecto MAX Salud	direjec@maxsalud.org.pe
Vela Soto, Giovanna	Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa	arcanoale@terra.com.pe
Vela, Miguel	APDES - Asociación de Apoyo al Desarrollo Social	giovanna@telefonica.net.pe
Velásquez, Alfonso	ADEX - Asociación de Exportadores	postmaster@adexperu.org.pe
Véliz Márquez, José	UPCH-Universidad Peruana Cayetano Heredia	jovem@upch.edu.pe
Véliz Márquez, Pedro	Acción Luterana Mundial - Perú	aaro@lwr.org.pe

Apellidos y Nombres	Institución	Email
Venegas, David	EDAPROSPPO	postmast@edapr.org.pe
Vera Ballón, Daniel Ernesto	Gobierno Regional de Arequipa	
Vergara Fernández, Luis Alberto	DISA Salud IV Lima - Este	
Vergara Soria, Néstor	CEM - Centro Emergencia Mujer San Juan de Miraflores	
Viaña Pérez, José María	Universidad Nacional Federico Villarreal	
Vidal Valdivia, Elsa Elisa	Clínica Resurrección	ely-vida@yahoo.com
Vigo Obando, Zoila Aurora	Centro de promoción de Salud y Desarrollo	zvigoo@yahoo.com
Vila Baldo, Cáliz	Proyecto AMARES	
Vildoso, Abelardo	Acuerdo Nacional	
Vildoso, Carmela	ADEC-ATC Asociación Laboral para el Desarrollo	adecatc@telefonica.net.pe
Villacorta Soriano, Victoria Margarita	Particular	06688@upch.edu.pe / victoriamvs77@hotmail.com
Villalobos Becerra, Elmer	Micro Red de Salud Materno Infantil Ollantay	
Villanueva, Rocío	Defensoría del Pueblo	rwillanueva@defensoria.gob
Villavicencio, Ilva	APSAV - Asociación Peruana de Artistas Visuales	apsav@terra.com.pe
Villayzán, Jana	Asociación Ángel Azul	transgeneridadangelazul@hotmail.com
Villazana, Percy	COPEME - ANTIMINA	villazana@copeme.org.pe
Villegas, Nelly	Asociación Llaqtanchispaq	
Villena Chávez, Jaime	UPCH - Universidad Peruana Cayetano Heredia	
Vincent Graichen, Rudiger	Fundación Friedrich Naumann	office8@peru.fnst.org
Watanabe Varas, Teresa Inés	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	watanabe@anet.com.pe
Wellertl, Jeannette	AAA - Agro Acción Alemana Perú	dwhaaa@terra.com.pe
Wild, Ekart	Fundación Friedrich Ebert	postmast@fes.org.pe
Williams Díaz, Freddie	UPCH - Facultad de Estomatología	
Woodman, Arturo	ADEPSEP	
Wooster, Mark	NAMRID	
Wysozky Loli, Ilse	Universidad de Lima	
Yabar Farfán, Gloria	ASIDME	asidme@speedy.com.pe
Yábar Varas, Carlos Augusto	Instituto Nacional de Salud	
Yalan Leal, Elizabeth	Colegio Regional de Obstétricas III, Lima y Callao	
Yanque Martínez, Hugo Ramiro	PROMUC - Promoción de la Mujer y de la Comunidad	gerencia@promuc.org.pe
Yañez Torres, Samuel	Movimiento Manuela Ramos	
Yañez, Gina	CIDAP - Centro de Investigación, Documentación y Asesoría Poblacional	postmast@cidap.org.pe
Yarma, José	UPCH - Universidad Peruana Cayetano Heredia	

Apellidos y Nombres	Institución	Email
Yépez Pedro	Policlínico Orden de Malta	
Ynoñan García, Patricia	Instituto Salud y Trabajo	isatpatty@millicom.com.pe
Zamudio, Delia	Asociación Nacional de Promoción y Capacitación de la Mujer	
Zamudio, Eduardo Vicente	Movimiento Amplio de Mujeres	
Zamudio, Hortensia	UPCH - Facultad de Estomatología	
Zapata Ponce, Luis	Colegio de Psicólogos	colegiopsico@terra.com.pe
Zapata Zapata, Russela	MIMDES	
Zárate Cárdenas, Eduardo Esteban	Asoc. de Promotoras de Salud Rosa de las Américas	
Zárate León, Margot	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	eduzac@terra.com.pe
Zárate Quecho, Brigida	UPCH - Facultad de Enfermería	
Zárate, Celia	ESSALUD	
Zavala Rodriguez, Julio	APPRENDE	aprende@terra.com.pe
Zegarra Rojas, Oswaldo	CENDOC MUJER - Centro de Documentación sobre la Mujer	cendocmujer@cendocmujer.org.pe
Zegarra, Margarita	UPCH -Universidad Peruana Cayetano Heredia	
Zelada Navarro, Toribia Susana	Hospital General de Huacho	susyzelada@hotmail.com
Zelaya Vidal, Celso Antonio	Hospital Santa Rosa	
Zevallos Quinteros, Leslie Carol	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	lczq2002@yahoo.es
Zuloaga, Elsa	NEXOS - Consultoría para el Desarrollo	nexos@nexos.org.pe
Zuñiga Quiróz, Luis	Hospital Santa Rosa	



# Sobre los Autores

---

## **Antonia Angulo-Tuesta**

Obstetriz, especialista en Salud Pública y Máster en Ciencias con mención en Salud Pública por la Escola Nacional de Saúde Pública de la Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil; consultora de género, salud sexual y reproductiva, gestión de calidad de servicios de salud y asesora de Políticas de Ciencia y Tecnología en Salud del Ministerio de Salud del Brasil.

## **Carlos Bardález del Águila**

Médico de formación con una Maestría en Salud Pública en la Universidad de Alabama y con una experiencia de 25 años de ejercicio profesional vinculada a la investigación, la gestión de proyectos, la formulación de políticas y la organización de servicios de salud, tanto de salud comunitaria como de servicios públicos. Ha sido consultor para el Proyecto Salud y Nutrición Básica y el Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud, ambos del Ministerio de Salud del Perú con financiamiento del Banco Mundial. Actualmente desempeña el cargo de especialista en descentralización en el proyecto de USAID Promoviendo Alianzas y Estrategias (PRAES).

## **Pedro Brito**

Médico graduado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y Master en Salud Pública del Instituto para el Desarrollo de la Salud en La Habana, Cuba. Cuenta con más de 30 años de experiencia en el campo de la salud pública, desempeñando funciones de docencia, gestión de servicio, consultoría en recursos humanos a nivel nacional e internacional. Actualmente se desempeña como Gerente de área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud de la OPS-Washington.

## **César Cabezas Sánchez**

Médico Cirujano en la Facultad de Medicina de San Fernando de la UNMSM, con especialidad en Enfermedades Infecciosas y Tropicales en la UPCH. Tiene estudios de Maestría en Medicina y Doctorado en Salud Pública. Ha desarrollado labor asistencial y de investigación en establecimientos de salud de diferentes niveles del sector salud. Ha sido Director del Instituto de Enfermedades Infecciosas del Instituto Nacional de Salud (1995-98) y Sub

Jefe de este último (2003-06). Actualmente es médico investigador del INS, profesor en la UNMSM, profesor visitante de Enfermedades Tropicales de la Universidad de Florencia y Secretario de Acción Científica de la Sociedad Peruana de Enfermedades Infecciosas y Tropicales.

### **Carlos F. Cáceres**

Médico (UPCH) y Doctor en Salud Pública (Universidad de California), es Profesor Principal y Vice-Decano de la Facultad de Salud Pública y Administración "Carlos Vidal Layseca" de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, donde realiza investigación en sexualidad, salud y derechos sexuales, y coordina el Programa Integrado de Estudios en Género, Sexualidad y Salud Reproductiva. Entre el 2002 y el 2007 dirigió el Proyecto "Sexualidad, Salud y Derechos Humanos en América Latina", auspiciado por la Fundación Ford. Fue Presidente del Comité Organizador de las Primeras Jornadas Científicas en Salud Pública en el Perú (Julio 2006). Ha sido Presidente de la Asociación Internacional por el Estudio de la Sexualidad, la Cultura y la Sociedad (IASSCS) y actualmente dirige el Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano.

### **Víctor Cuba Oré**

Médico, doctor en medicina, Magíster en Salud Pública. Ha sido Vice-Ministro de Salud del Perú, Secretario Adjunto del Convenio Hipólito Unanue, Consultor de la Cooperación Técnica Alemana - GTZ en Bolivia, y de PAR-SALUD y de PHR-Plus en Perú. Actualmente es Profesor Principal y Decano de la Facultad de Salud Pública y Administración "Carlos Vidal Layseca" de la UPCH.

### **Eduardo Falconí**

Es docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia además de miembro del Instituto de Medicina Tropical "Alexander von Humboldt" de la UPCH. Se ha desempeñado profesionalmente como jefe del Instituto Nacional de Salud (1999-2000), Director General de la Oficina de Investigación y Transferencia Tecnológica del INS (2004-2006), Director del Proyecto "Atención Primaria de Salud en la Región Loreto" (1992-1998) y Director del Proyecto "Enfermedad de Hansen en el Perú" (1989-1992). Actualmente es Director Ejecutivo de la Oficina de Cooperación Técnica del INS, y miembro de la Sociedad Peruana de Enfermedades Infecciosas y Tropicales.



## **Walter Mendoza**

Médico, con estudios de post-grado en Salud Pública y Demografía. Ha sido consultor de OMS en temas de epidemiología infantil. Actualmente es docente del Departamento de Medicina Preventiva de la UNMSM, y es consultor del Fondo de Población de las Naciones Unidas en el área de Población y Desarrollo.

## **Margarita Petreza**

Candidata al Doctorado en Ciencias Sociales con mención en Política, Magíster en Economía, por la Pontificia Universidad Católica del Perú. Magíster en Salud Pública por la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Profesora de la Facultad de Salud Pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Es Coordinadora del Observatorio de la Salud del Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES). Ha sido consultora de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OMS/OMS) entre los años 1993 y 2004. Ha publicado y coeditado diversos artículos sobre temas relacionados con la pobreza, políticas de salud y de seguridad social. Es también consultora internacional en políticas públicas, de salud y de seguridad social.

## **Eugenio Villar**

Médico graduado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia con Master en Salud Comunitaria en Países en Vías de Desarrollo en la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Tiene estudios en Gobernabilidad y Desarrollo Humano en el Instituto Internacional de Gobernabilidad de la Universidad de Cataluña. Se ha desempeñado profesionalmente como coordinador de la Mesa de Salud y Políticas de Desarrollo y de Servicios y Políticas de Desarrollo en Salud (2003-2005) y como docente de la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Ha desempeñado varios cargos en la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, donde actualmente se desempeña como coordinador del Departamento de Igualdad, Pobreza y Factores en Salud.