

**El impacto de las publicaciones de la OPS
en la toma de decisión en salud**

***Unidad de Diseminación y Mercadeo
Área de Publicaciones***

Informe final

Febrero de 2005

Índice

	Página
I. Introducción	3
II. Objetivos del estudio y consideraciones sobre la toma de decisión en salud	4
III. Actores en el proceso de toma de decisión en políticas de salud	5
IV. ¿Qué tipo de información necesitan los decisores?	13
a. Estudio de caso: INFODIR, Cuba	
b. Estudio de caso: FONIS, Chile	
V. Opiniones de decisores en salud	16
a. Opiniones recogidas en entrevistas en profundidad	17
b. Resultados de una encuesta	20
c. Consulta a asesores regionales en Representaciones	21
d. Decisiones de los cuerpos directivos de la OPS	22
VI. Principales hallazgos	23
VII. Recomendaciones	24
Índice de cuadros:	
Cuadro 1: Tipos de política de salud y su ámbito de intervención	6
Cuadro 2: Autoridades en el proceso de toma de decisión en salud	8
Anexos:	26
Anexo 1: Pauta de indagación para entrevistas en profundidad con decisores	
Anexo 2: Encuesta a decisores	
Anexo 3: Decisiones de los cuerpos directivos de la OPS (2000-2004)	

I. Introducción

La información científica y técnica en salud que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) produce está dirigida a distintos y variados públicos. Los tomadores de las decisiones en materia de salud pública en los países de las Américas constituyen uno de los públicos destinatarios esenciales de las publicaciones de la OPS.

En la OPS se asume que la información que la Organización produce es altamente apreciada y es muy usada por el sector de toma de decisiones en salud. Así, la Directora de la OPS expresó recientemente que: “*La información científica y técnica en salud que la OPS genera y publica en distintos formatos y a través de variados conductos [...] es validada, fiable y de relevancia universal. Lo prueban las traducciones de nuestros libros a otros idiomas [...]. La circulación de la información que genera la Organización tiene un alto impacto en los tomadores de decisión y en las distintas audiencias a través de los medios de comunicación masiva.*”¹

Si bien el Área de Publicaciones y su Unidad de Mercadeo y Diseminación han realizado varias investigaciones sobre el impacto de la información de la OPS en distintos sectores –público en general, investigadores, trabajadores de la salud–, no se ha estudiado aún de forma sistemática el impacto de la información en quienes toman las decisiones en materia de salud. Si bien se cuenta con testimonios o con opiniones de integrantes de ese sector en el marco de otros estudios, no se dispone de análisis sistematizados en cuanto al uso y utilidad que el grupo de decisores en salud otorga a las publicaciones de la OPS.

Este estudio se enmarca en una cuestión más general que en definitiva se refiere a la relación o interacción entre la investigación y sus resultados y la toma de decisiones en el campo de la salud y a la brecha entre el conocimiento y su aplicación práctica. Esta preocupación está presente con fuerza en la comunidad internacional y científica, ilustrada por ejemplo en la convocatoria a la Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud (México, 2004) para abordar el papel fundamental que desempeña la investigación con miras a la mejora de la salud de la población, y discutir la forma específica de cómo traducir los conocimientos en acción. La base para las deliberaciones en la Cumbre fue el informe mundial sobre el conocimiento orientado a mejorar la salud². Los ministros de salud reunidos en la mencionada cumbre fueron muy explícitos al incluir en la declaración final de la reunión que “*los resultados de las investigaciones de alta*

¹ *Información científico-técnica: una herramienta para mejorar la salud.* Entrevista a la Directora, Catálogo de publicaciones 2004 de la OPS

² *World Report on Knowledge for Better Health: strengthening systems.* Ginebra, OMS, 2004.

calidad no sólo deben ser accesibles a los decisores, sino comunicarse también de manera tal que influyan efectivamente en la adopción de decisiones de política, salud pública y atención de salud. Los resultados de las investigaciones deben publicarse, conservarse en registros y archivos de acceso internacional, y sintetizarse mediante exámenes sistemáticos. Estas medidas pueden ayudar a conformar las decisiones acerca del apoyo a nuevas investigaciones y generar confianza pública en la ciencia”³

II. Objetivo del estudio y consideraciones sobre la toma de decisiones en salud

Para poder evaluar el impacto de la información científico y técnica producida por la OPS en los tomadores de decisiones en salud es importante responder al mismo tiempo a algunas preguntas centrales que hace a la identificación de los decisores, a su ubicación y la caracterización de sus funciones. Es entonces importante determinar la respuesta a una serie de preguntas, que conforman los objetivos primarios del estudio, a saber:

- a. quiénes son los decisores en salud
- b. en qué instituciones se ubican en cada país
- c. qué tipo de decisiones deben tomar
- d. cuáles son los niveles institucionales que corresponden a esas decisiones
- e. qué factores (burocráticos, administrativos) influyen en el proceso de toma de decisión

Como cualquier política pública, las políticas de salud son fruto de un complejo proceso de negociaciones que involucran a la burocracia pública, a los profesionales de la salud, a los sindicatos, a los partidos políticos, a los parlamentarios, a los grupos de interés y a organizaciones de la sociedad civil. A su vez, el sistema de salud en cada país de las Américas está compuesto por un conjunto de entidades, instituciones y organizaciones de carácter público y privado que prestan servicios de salud, reguladas por el ministerio de salud (llamado de salud pública en muchos países, de salud y previsión social, o de salud y bienestar o de protección social, bajo cuya tutela se ubica el ministerio de salud).

La capacidad reguladora del estado está influenciada fuertemente por un lado por los procesos de privatización que en algunos países han avanzado considerablemente (como el caso de Chile) y por otro por los procesos de descentralización política, con casos donde el diseño y la formulación de algunas

³ *Declaración de México sobre las investigaciones sanitarias. Declaración de la Cumbre Ministerial sobre investigación en salud.* Documentos de la 115 reunión del Consejo Ejecutivo de OMS. EB115/30, enero 2005

políticas de salud y su regulación pueden estar en manos del nivel estatal o municipal.

El objetivo de este estudio no es determinar y posteriormente llegar al conjunto de todas las instituciones desde las que se ejecutan o articulan políticas de salud, sino a aquellas que constituyan órganos rectores y normativos de la gestión de la salud a nivel nacional y eventualmente a nivel local (estatal / departamental / provincial o municipal, si corresponde); instituciones responsables de formular las estrategias, políticas y planes y programas nacionales (o del nivel local, sea estatal, departamental, provincial o municipal, si corresponde), así como de dictar las normas que rigen el sistema de salud en cada país.

En los distintos países esas instituciones normativas y responsables del diseño de planes se ubican jerárquicamente bajo la égida del ministerio de salud (nacional y en los casos de descentralización administrativas, los ministerios de salud a nivel estatal), y en el proceso decisorio interactúan con otras instituciones públicas y privadas, tanto del campo de la salud como de otras áreas del desarrollo económico y social.

En el caso de las políticas de salud, la legislación en la materia constituye un factor importante y es un área donde la OPS ha estado trabajando desde hace muchos años, con muchas leyes surgidas, “*con el asesoramiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en un trabajo conjunto con los diferentes países de modo individual y, sobre todo, con los organismos regionales interparlamentarios, como el Parlamento Latinoamericano (PARLATINO), el Parlamento Andino, el Parlamento Centroamericano, el Parlamento Indígena y la Conferencia Parlamentaria de las Américas*”⁴. Por lo tanto, las comisiones de salud de los parlamentos a nivel nacional y las comisiones de salud regionales constituyen órganos de importancia en el marco del diseño de políticas de salud.

A partir de la respuesta a las preguntas planteadas como el objetivo primario de este estudio, la indagatoria con una muestra de decisores sobre sus opiniones de la información científico-técnica de la OPS constituye otro objetivo fundamental de este estudio.

III. Actores en el proceso de decisión de las políticas de salud

El clima social y político, la agenda del país, los grupos de presión (incluyendo los partidos políticos, las empresas comerciales, las organizaciones profesionales), los medios de comunicación y los afectados directamente,

⁴ Extractado del sitio web de la OPS, comunicado de prensa de Información Pública (PIN) que cita palabras del Dr. César Viera, Gerente, Gobernanza y Políticas

influyen en el proceso de toma de decisión de una política de salud. Todos los actores involucrados tratan de influir en el proceso de toma de decisión con su **propia información**, con sus distintos mecanismos de cabildeo y de alianzas bilaterales o multilaterales.

Al mismo tiempo, el tipo de políticas que requiera decisión implicará distintos niveles de intervención, lo que en consecuencia reconocerá cambios en la conformación de los actores que influyen en el proceso, y en la información que cada caso requiere. Los ejemplos presentados en el cuadro 1 pueden clarificar estos conceptos.

Cuadro 1. Tipo de políticas y ámbito de intervención

Tipo de política	Ámbito de intervención	Ejemplo de política / de decisión
Macro	Sistemáticas; políticas nacionales	Regulación de la provisión de servicios de salud a nivel nacional; Preparación presupuesto nacional en salud
Meso	Regional; área geográfica específica; departamental; provincial	Subvenciones; planes de vacunación regionales; regulaciones sobre manipulación de determinados alimentos.
Micro	Municipal; institucional	Políticas de reducción de la desigualdad de acceso a la salud en una ciudad; puesta en marcha de <i>screening</i> de cáncer de mama.

Cada ámbito de intervención implica distintas autoridades de competencia. Un estudio del organigrama, estructura organizativa y cometidos de los distintos ministerios de salud de la Región y de los niveles institucionales para políticas de salud (especialmente de nivel macro y meso), entrega un panorama de múltiples instituciones y funciones. El cuadro 2 presenta, para un grupo de países, un resumen de las instancias de carácter decisorio en políticas de salud y de las autoridades a cargo⁵. No hemos incluido las instancias de exclusiva administración interna, por ejemplo a cargo de asuntos jurídicos internos, sumarios a funcionarios, unidades administrativo-financieras, etc, por considerar

⁵ La información fue compilada a partir de visitas realizadas a los sitios web de los ministerios de salud y contactos con las oficinas de país de la OPS.

que no es en estas áreas donde la información de la OPS podrá tener un uso o impacto considerable.

La exploración más detallada de los cometidos de los distintos niveles del proceso decisorio revela un complejo entramado de instituciones que participan de una forma u otra en el diseño y formulación, monitoreo y evaluación de las políticas de salud. Aún no incluyendo las instituciones directamente ejecutoras de políticas (servicios de salud, hospitales, centros de atención primaria, etc), la cantidad de instituciones participantes en cada país es considerable.

Si bien el Ministro de Salud es la autoridad máxima en materias de políticas de salud, sus decisiones están basadas en las recomendaciones y formulaciones que emanen de una serie de organismos técnicos dependientes del Ministerio y sus respectivas autoridades, las que a partir de la muestra elegida ascendería a un promedio de 15 en cada país para el nivel central. A estos se suman las instancias de nivel descentralizado, las que varían dependiendo de factores como la dimensión del país o el grado de descentralización administrativa.

Un directivo de salud entrevistado para este estudio (de El Salvador) describió de la siguiente manera la toma de decisión a nivel ministerial en su país: “ *En el ministerio de salud existe un despacho formado por el Ministro y el Viceministro de Salud, como los principales tomadores de decisiones, apoyados por un equipo de direcciones relacionadas con las principales funciones del quehacer institucional: Dirección General de Aseguramiento de la Calidad, Planificación, Control y Vigilancia Epidemiológica, Regulación y la Dirección Administrativa-financiera. En este contexto, el Ministro de Salud a través de este equipo y de un equipo asesor define las principales acciones y que luego de ser consultadas y llevadas al Consejo de Ministros del Presidente, se convierten en Políticas de Salud. Un Ministro debe contar con un **fuerte equipo asesor en dos grandes áreas**: por un lado lo técnico, lo que se relaciona directamente con la atención a las personas y los servicios de salud, y por otro lado los aspectos legales, financieros y administrativos para brindar dichos servicios. Requiere por lo tanto personal muy bien calificado y con conocimiento de la realidad nacional, para definir las mejores estrategias e impulsar las acciones derivadas de ellas.*”

Las distintas subsecretarías, departamentos o unidades que conforman el primer y segundo nivel jerárquico en las instituciones contribuyen a la formulación de políticas de salud en su área específica. Así, y a modo solamente de ejemplos, el Departamento de Promoción de la Salud de un Ministerio tendrá a su cargo desarrollar programas con el fin de contribuir al cambio voluntario de prácticas, actitudes y estilos de vida de la población, mientras que el Departamento de Salud Ambiental deberá identificar y analizar situaciones de riesgo ambiental y promover del desarrollo de instrumentos normativos para proteger a la población de condiciones ambientales de riesgo, mientras que los Departamentos

de Epidemiología tienen entre otras funciones participar, dirigir y proponer la normativa en materia de inmunizaciones.

Además existen comisiones de salud en los parlamentos de cada país, integradas por entre 6 a 12 legisladores, con presidencia rotatoria. Los parlamentarios integrantes constituyen el grupo más activo en legislación en salud y en general son autores o auspiciantes de la mayoría de leyes sobre salud que se presentan en cada período de sesiones.

Según el Área de Gobernanza y Política de la OPS, se ha asesorado a los parlamentos en temas como la reorganización de los sistemas de salud, la prevención y mitigación de desastres, el control de bancos de sangre, la regulación de venta de sucedáneos de la leche materna, los medicamentos genéricos, la prevención y control del tabaquismo, los municipios saludables, la protección al adulto mayor, la reducción de la violencia contra la mujer, la red de enfermedades transmisibles, en especial el SIDA, y el seguro materno gratuito para asegurar el período de los primeros años de vida del niño.

Cuadro 2 – Los organismos y autoridades en la toma de decisión en salud en la Región

País	Organismo rector / Autoridades	Primer nivel / Autoridades	Segundo Nivel /	Nivel descentralizado
Argentina	Ministerio de salud de la nación/ Ministro de salud; viceministro de salud	Secretaría de Políticas y Regulación Sanitaria (Director)	Subsecretarías: Planificación y Control; Relac. Sanitarias; Programas Especiales; Adm. Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica	23 Provincias: ministerio de salud provincial y 3 subsecretarías. Ciudad Autónoma de B. Aires
		Secretaría de atención sanitaria (Director)	Atención primaria de la salud; Programas de prevención y promoción	
		Superintendencia de servicios de salud (Superintendente)		
		Secretaría de investigación y tecnología (Director)	Dirección Nacional de investigaciones	
Brasil	Ministerio de Salud (Gobierno Federal) / Ministro de salud; viceministro de salud	Secretaría de atención a la salud	Atenção Especializada; Controle Regulação, Avaliação; Atenção Básica; Ações Programáticas Estratégicas	20 Secretarías do Estado da Saúde Departamentos en cada secretaria estatal Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde
		Secretaría de Gestión de Trabajo y Educación para la salud	Gestão-Regulação do Trabalho em Saúde; Gestão da Educação na Saúde/	
		Secretaría de vigilancia en salud	Vigilância Epidemiológica; Análise de Situação de Saúde; Instituto Chagas	
		Secretaría Ciencia y Tecnología	Departamentos de: Ciência e Tecnologia; Economia da Saúde; Insumos Estratégicos	
		Secretaría de gestión participativa	Tres departamentos: Ouvidoria General; Articulación intersectorial; Direc. Programas	
		Fundación Nacional de Salud y Fundación Oswaldo Cruz		

País	Organismo rector / Autoridades	Primer nivel / Autoridades	Segundo Nivel /	Nivel descentralizado
Bolivia	Ministerio de salud y previsión social	Dirección General de Servicios de Salud	Dirección de medicamentos y Tecnología en salud	9 departamentos Servicios de Salud, SEDES Municipal: Directorio Local de Salud, DILOS
Costa Rica	Ministerio de Salud	Dirección General de Salud	Siete direcciones: Desarrollo de la salud; Vigilancia de la salud; Servicios de salud; Protección al ambiente humano; Registros y controles; Centros de nutrición y desarrollo infantil; Sistemas de información;	Nueve direcciones regionales, una por cada región en que se divide el país. Nivel local: 81 áreas de salud en todo el país
		Entes adscritos al Ministerio: Instituto de Investigación y Enseñanza en Nutrición (INCIENSA); Instituto sobre Alcoholismo y Fármaco dependencia; Secretaría de Política Nacional Alimentación; Junta de Drogas		
Ecuador	Ministerio de salud /Subsecretario de Salud	Subsecretaría de Medicina Tropical	SNEM, INH, Registro sanitario, Dirección de Epidemiología	22 Provincias: Direcciones provinciales de salud
		Subsecretaría de Desarrollo Institucional	MODERSA;	
		Dirección General de Salud	FASBASE, CEMEIN, Dirección desarrollo de servicios salud; de Promoción y Atención Integral de salud, de Salud Ambiental; Epidemiología; de Control Sanitario	
		Direcciones de: Seguridad Nacional; Ciencia y Tecnología en Salud;		

País	Organismo rector / Autoridades	Primer nivel / Autoridades	Segundo Nivel /	Nivel descentralizado
El Salvador	Ministerio de Salud	Dirección de Planificación	Siete departamentos: Desarrollo institucional; Investigación y evaluación; Economía de la salud; Información en salud; Cooperación externa; Proyectos; Ingeniería e Informática	14 departamentos
		Dirección de Regulación	Cinco unidades: UNRA; Desastres; Unidad medicamentos; Laboratorios	
		Dirección de aseguramiento de la Calidad	Dirección de equipos técnicos; SIBASI Centros Nacionales de Referencia	
		Dirección de Control y Vigilancia Epidemiológica	Cinco unidades: Educación, Epidemiología, Epidemiología de campo, Zoonosis y Entomología	
Nicaragua	Ministerio de salud	Dirección General de Servicios de Salud	Director General del Primer Nivel de Atención	9 regiones, 15 departamentos, 143 municipios
		Dirección General Reguladora de establecimientos profesionales de la salud, medicamentos y alimentos	3 Direcciones	
		Dirección General de Salud Ambiental y epidemiología	6 direcciones	
		Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia. Director General	6 Direcciones	

País	Organismo rector / Autoridades	Primer nivel / Autoridades	Segundo Nivel /	Nivel descentralizado
Honduras	Ministerio de salud / Secretario de Salud	Subsecretario de salud	Dirección General de Redes y Servicios; Dirección General de Regulación y Ambiente; Dirección General de Vigilancia de la Salud; Laboratorio Central; Dirección Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión; Dirección Legal de Salud Pública; Dirección General de Promoción y Protección de la Salud	8 Departamentos 300 municipios
Perú	Ministerio de salud /Ministro de salud, viceministro de salud	Direcciones Generales: De salud de las personas; de salud ambiental: de medicamentos, insumos y drogas; de promoción de la salud	Oficina General de Epidemiología; Oficina general de Cooperación Internacional.	El Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud – SNCDS. Consejo Nacional de Salud; Consejo Regional de Salud; Consejo Provincial de Salud
Uruguay	Ministerio de salud	Dirección General de la Salud	División: Salud de la Población; Servicios de salud; Productos de salud y 14 departamentos: Epidemiología, Salud Ocupacional, Nutrición, Hipertensión, Medicamentos.	19 departamentos (nivel bajo de decisión descentralizada)
Venezuela	Ministerio de la salud y desarrollo social	Dirección Epidemiología y Análisis estratégico		23 estados: direcciones regionales de salud
		Dirección de Coordinación Intergubernamental		
		Dirección de Desarrollo Institucional		
		Despacho de Viceministro	Dirección de investigación y educación; Dirección general de salud poblacional; Dirección de salud ambiental	

IV. ¿Qué tipo de información necesitan los decisores?

Dos iniciativas en la Región, una ubicada en Chile y la otra originada en Cuba, tienen como objetivo mejorar la toma de decisiones en salud pública y representan interesantes estudios de caso en el marco de esta investigación y echan luz asimismo en la búsqueda del conocimiento sobre el tipo de información que requiere la toma de decisión. Mientras que el sistema de información para directivos INFODIR (Cuba) busca apoyar con la disseminación de información la adecuada toma de decisiones en salud, el Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud (FONIS, Chile) busca promover la investigación y desarrollo de temas relevantes para la toma de decisiones en salud pública, desde el nivel de políticas, hasta el nivel de decisiones clínicas.

La información que aquí se resume fue recopilada mediante el estudio de distintas fuentes de información pertinentes y la entrevista (telefónica y por escrito) con la coordinadora de INFODIR, Lic. María del Carmen González y con la Secretaria Ejecutiva de FONIS, Dra. Soledad Barría.

a. INFODIR, Sistema de Información para Directivos en Salud, Cuba

Hasta 2001 no existía en Cuba un servicio de información para decisores en salud, si bien existían servicios para otros segmentos de población. A partir de la iniciativa de la Biblioteca Nacional de Medicina se crea INFODIR, servicio de información *“dirigido especialmente a los directivos para que les ayudara y apoyara las labores de dirección y en especial la toma de decisiones”*. INFODIR se propone *“mejorar la toma de decisiones que repercute en los resultados de la investigación y la asistencia médica, a través del uso de servicios de información actualizados”*⁶.

La intención de crear un servicio que resolviera las necesidades de información gerencial debió tomar en consideración el cúmulo importante de información que las nuevas tecnologías ponen a disposición de los usuarios, y, fundamentalmente el poco tiempo con que los directivos cuentan para informarse. La identificación de usuarios fue un paso importante, con una segmentación del mercado del Ministerio de Salud (MINSAP) y la identificación de grupos meta y sus necesidades de información:

- Ministro de Salud Pública y Viceministros de Salud Pública
- Directores Nacionales de Salud y Director del Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas
- Subdirectores del Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas
- Directores de Centros Provinciales de Información de Ciencias Médicas

⁶ ¿Qué es INFODIR? Presentación a Jornada Nacional Bibliotecaria, La Habana, Cuba. 2004

- Jefes de Departamento y Especialistas Principales
- Jefes de Área y Líderes de grupo

Los temas de información seleccionados abordan distintos aspectos de la gerencia, a saber: Negociación; Innovación y Cambio Organizacional; Cultura Empresarial; Administración; Marketing; Técnicas de dirección; Planificación Estratégica; Estrategias Empresariales; Aseguramiento de la Calidad; Recursos Humanos. De los mismos, los temas más solicitados han sido: Aseguramiento de la calidad, Marketing y Técnicas de Dirección. La selección de temas se realizó “*escuchando a los usuarios y sus necesidades*” y pensando en hacer llegar un servicio útil y práctico.

Los usuarios se manifestaron interesados en recibir información digerida, seleccionada y de posibilidad de acceso rápido. Estas características se tratan de conjugar en el formato ofertado: un boletín semanal por correo electrónico (promedio anual de 50 boletines), en el que se destacan la fuente de la información, un resumen y un enlace para solicitar el documento a texto completo, al que se da respuesta en menos de 8 horas.

En 2001 se segmentaron 67 usuarios, mientras que hasta marzo de 2004 se distribuía el boletín a 1233 usuarios, con 654 que habían solicitado voluntariamente la suscripción. El aumento se adjudica a varios factores: el formato ofrecido y el contenido de interés, que libera a los decisores de búsquedas propias con mayor cantidad de tiempo para la lectura sustancial, así como la ampliación del número de publicaciones digitalizadas permite un mayor alcance del servicio.

b. FONIS (Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud), Chile

El primer concurso para el financiamiento de proyectos de investigación en el marco de FONIS (Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud) se llevó adelante en el año 2004. FONIS es una iniciativa conjunta del Ministerio de Salud de Chile y del CONICYT, que busca poner a disposición “*la investigación necesaria para mejorar la toma de decisiones en salud, en diversos niveles que van desde el desde el estudio de afecciones de interés nacional, hasta el mejoramiento de la gestión en el ámbito público*”. ⁷

Las razones que llevaron a la implementación del FONIS radican en un diagnóstico compartido por CONICYT y por el Ministerio de Salud de Chile.

⁷ Los insumos para este estudio de caso se obtuvieron del sitio de CONICYT (www.conicyt.cl) y de una entrevista en profundidad y respuestas por escrito de la Secretaria Ejecutiva del FONIS, Dra. Soledad Barría. Los entrecomillados pertenecen a extractos textuales de los materiales o de la entrevista a la Dra. Barría.

Ambas instituciones visualizaron que la mayor parte de la investigación en salud que se realiza en Chile correspondía a investigación por “*curiosidad o básica*”, es decir la búsqueda de creación de conocimiento más por interés del investigador que por interés de las políticas públicas nacionales. La investigación en Chile, con apoyo de fondos universitarios y públicos como FONDECYT y FONDEF, **no estaba entonces generando la información que los tomadores de decisión requieren** y las investigaciones no estaban siendo aprovechadas para buscar evidencias locales que ayudaran a mejorar las políticas públicas, en tiempos que tengan en cuenta muchas veces las urgencias de la propia realidad (“*la dimensión de la variable tiempo es muchas veces distinta cuando la maneja el sector de toma de decisión que cuando a la misma se refiere el sector académico*”).

A partir de un estudio de necesidades de información de los propios decisores y a la luz de la situación del país, el FONIS decidió el apoyo a “*proyectos de investigación y desarrollo en las áreas de salud pública y del área clínica que incidan en problemas de salud relevantes para Chile*”⁸ y que contuvieran los elementos imprescindibles que se habían detectado como carencia: la generación de información que la toma de decisión estaba requiriendo. El diagnóstico realizado concluyó que a pesar de la carga de morbilidad y mortalidad de algunas enfermedades, no existía en Chile información disponible para actuar sobre las mismas. Los temas seleccionados se refieren básicamente a la generación de conocimiento sobre enfermedades de alta incidencia, sobre servicios de salud, economía de la salud y salud ambiental, a saber:

- ◆ Investigación epidemiológica de las patologías que contribuyen de manera importante a la carga de enfermedad a nivel nacional; investigación para evaluar intervenciones innovadoras para enfrentar esas patologías;
- ◆ Investigación y desarrollo en los servicios de salud: modelos de atención, mejoramiento procesos hospitalarios, atención primaria, coordinación de redes asistenciales y gestión clínica;
- ◆ Investigación en el área de la economía de la salud y el análisis de costo-efectividad de las acciones de salud;
- ◆ Investigación y desarrollo en áreas de salud ambiental.

La información que se pretende poner a disposición a través de los estudios financiados por el FONIS ayudará, a entender de sus promotores, a distintos niveles de decisores, desde el ministro a otras instancias en la toma de decisión en políticas de salud. Además de los temas que se fijaron como prioritarios para el fondo a partir de una priorización técnico-política, con información brindada por sus propios usuarios, existen también decisiones de nivel más organizacional (desde la organización de los seguros hasta los servicios), que también tienen

⁸ *Bases del primer concurso nacional FONIS 2004* - Ministerio de Salud de Chile y CONICYT

repercusión importante en la salud pública. Dichas decisiones requieren también de estudios, análisis y evidencias de las que *“Chile muchas veces carece. Lo importante es contar con asesoramiento técnico y político en cada uno de esos campos, con información relevante, que tenga en cuanta la perspectiva de los usuarios”*.

Aunque de características distintas, ambos casos revelan la necesidad de elaboración y re-elaboración de la información que usan quienes toman decisiones en salud, basada en el análisis de la situación de salud del país (o ámbito de intervención) y el conocimiento de las necesidades de información definidas por los propios decisores. Ambos casos indican de forma inequívoca que el formato en el caso de la toma de decisión en salud juega un papel fundamental en la eficacia y en la posible utilidad de la información.

Los estudios de caso revelan también que la relación entre los resultados de investigación y su utilización en la toma de decisiones implica una serie de tensiones y obstáculos potenciales entre los tomadores de decisión y los investigadores y la necesidad de generar medios para superar esas barreras, especialmente de nivel institucional y no solamente a nivel de actores aislados.

V. Opiniones de decisores en salud

A partir de la identificación cualitativa y cuantitativa del grupo central de tomadores de decisión en políticas de salud en cada país, para distintos niveles de intervención (tanto en el nivel central, descentralizado como legislativo), se aplicó una metodología específica de recolección de las opiniones de ese grupo. La nómina de responsabilidades que da cuenta el cuadro 1 fue completada con nombre y ubicación para la mayoría de los países⁹.

Dado que se presume se trata de un grupo de funcionarios con muchas actividades y compromisos, y por lo tanto con serias dificultades de tiempo para contestar encuestas tanto auto-administradas como aplicadas en entrevistas personales, fue necesario diseñar dispositivos ágiles y capaces de generar un buen retorno.

Al mismo tiempo, se entendió que la respuesta a las preguntas específicas sobre publicaciones de la OPS (fuera por escrito o en entrevista oral) se optimizaría si el decisor tiene presente material de la OPS, en su área o áreas relacionadas, al momento de responder las preguntas. Es decir si el decisor recientemente ha

⁹ Para esta tarea, así como para la administración del dispositivo de investigación al grupo de decisores se contó con la invaluable ayuda y apoyo de los puntos focales de Mercadeo en las Representaciones de la OPS.

tenido oportunidad de acceder a información de la OPS estará en mejores condiciones de opinar sobre su calidad, utilidad y beneficios.

Teniendo en cuenta los factores mencionados, la metodología de recolección de opinión entre decisores incluyó tres pasos, con sus respectivos dispositivos: entrevistas en profundidad con un grupo de decisores; encuesta autoadministrada a otro grupo y encuesta a consultores sobre servicios de salud en algunas representaciones de la OPS. Mediante estos dispositivos de investigación se logró cubrir diez países de las Américas. Además de esta recolección de información primaria, se analizó información secundaria (en la forma de las resoluciones de los cuerpos directivos de la OPS en los últimos años).

- a. **Entrevistas:** Se realizaron seis entrevistas personales en profundidad, a partir de pauta y guía de preguntas, a asistentes al Comité Ejecutivo de la OPS, en el mes de setiembre de 2004 en Washington DC. Los entrevistados fueron:
- Dra. Maria Luiza Jaeger, Secretária de Gestao do Trabalho e da Educacao na Saúde, Ministério a Saúde - Brasília - Brasil
 - Dr. Michele Harris, Regional Technical Director - South East Regional Health Authority, Kingston - Jamaica
 - Dr. Jorge Palacios, Director de Planificación y Evaluación, Ministerio de Salud Pública, Asunción - Paraguay
 - Dr. Raúl Castellanos, Asesor del Secretario de Salud, Puerto Rico
 - Dr. Diego Estol, Director General de Salud - Ministerio de Salud Pública, Montevideo - Uruguay
 - Dr. Stephen King, Chief Medical Officer, Ministry of Health, Castries - Saint Lucia

La pauta de indagación utilizada en las entrevistas en profundidad incluyó preguntas de tipo general sobre la formulación de políticas en salud y más específicas sobre su propia experiencia en la toma de decisiones, así como sus opiniones sobre la utilidad, beneficios y pertinencia de la oferta de información de la OPS para la toma de decisiones en salud (ver anexo 1). Para facilitar las respuestas, en las entrevistas se disponía de publicaciones de la OPS (especialmente las más recientes) y otros materiales (catálogo de publicaciones, mini CD promocional) y demostraciones de los sitios electrónicos de la editorial OPS. Las entrevistas se grabaron, para posteriormente transcribirse y analizarse.

De las respuestas obtenidas, surgen algunos núcleos que es importante destacar:

- ⇒ La mayoría de los decisores entiende que existe un flujo importante de información en salud (*"a veces hay demasiada información y no tenemos*

tiempo ni de leer sus títulos”), incluso con **diversidad de fuentes** de información sobre un mismo tema y **con diversidad de resultados** sobre un mismo problema. Los decisores indican que necesitan *mayor investigación integrada* o información que de cuenta de forma sintética e integral de varias corrientes de resultados.

- ⇒ A pesar del flujo considerable, los decisores identifican determinadas áreas en las la información y la formación aparece como escasa. Los temas de **gestión de la salud** fueron mencionados repetidamente como ejemplos de áreas en las que es necesaria más información, con ilustraciones específicas en la gestión de servicios de salud, calidad de los servicios, temas éticos vinculados a los mismos (*“quienes tomamos decisiones en salud muchas veces no tenemos formación gerencial, no fuimos formados para la toma de decisión*).

Como lo planteó claramente uno de los entrevistados: *“Buena parte de quienes han asumido funciones de dirección en instituciones de salud, han llegado a ellas desde una formación clínica que no los ilustró sobre las peculiaridades del sistema ni les aportó herramientas adecuadas para comprender los componentes políticos de su nueva actividad. Su formación no les resulta suficiente para enfrentar la innovación tecnológica, para controlar el gasto o para encarar las demandas crecientes de bs usuarios con programas sostenibles de gestión de calidad.”*

Los entrevistados entienden que la información sobre gestión de la salud debe brindarse desde la base de *“una formación académica de nivel superior deberá ayudar a los administradores a superar los diagnósticos centrados en aspectos estructurales y en el reclamo de recursos”* y dar lugar al debate sobre las políticas, la epidemiología, el financiamiento, el rol del Estado, las fuentes de conocimiento científico, la gestión clínica, el uso de la tecnología y su vinculación con el manejo cotidiano de los recursos.

- ⇒ Algunos decisores entienden que la información que circula en salud pública en general **no tiene a los decisores como el grupo meta** (*“no se escribe pensando en quienes tomamos decisiones y en nuestras necesidades”*). Se entiende que existe más información para investigadores que para decisores de salud y los administradores y gerentes de salud a menudo deben digerirla a formatos más accesibles, generalmente a través de sus propios asesores. Este aspecto conlleva la dificultad que en muchos casos la formación académica no ha entregado las herramientas profesionales adecuadas para la gestión de la salud. La transformación de los resultados de investigación en información para el uso cotidiano fue un reclamo de varios de los entrevistados *“porque la información puede ser de muy buena calidad, pero no necesariamente de utilidad para la decisión”*. Esta dicotomía ya

fue planteada en trabajos sobre el tema, por ejemplo por Julio Frenk (1992) al proponer una organización de la relación entre investigadores y tomadores de decisión en el campo de la salud alrededor de los conceptos pertinencia y excelencia.¹⁰

- ⇒ Vinculado directamente al punto anterior, el **tiempo** es un factor crítico para los decisores en salud, quienes no tienen oportunidad de leer toda la oferta de información existente. Por ello, se levantó la necesidad de formatos de publicaciones más ágiles, más digeridas, en forma de compendios y con índices claros para la localización de información (“*un digesto es lo que muchas veces necesitamos, no una enciclopedia*”).
- ⇒ La necesidad de información que tenga en cuenta el necesario **abordaje multidisciplinario y basado en la evidencia** que los nuevos tiempos exigen. La comprensión que se necesita de los modelos sanitarios y que la información en salud pública debe brindar tiene que tender a ser “*bien ilustrada e integral*”, para entender las limitantes que los mismos puedan tener, la necesidad de su modificación y las principales características del nuevo modelo, así como en alternativas para la transición. Algunos entrevistados manejaron la adhesión al principio de precaución en el campo de las decisiones en salud, ya que antes de “*aceptar una actividad o procedimiento nuevo, es necesario disponer de evidencia de que el riesgo que comporta es aceptablemente bajo y no sólo de ausencia de evidencia de que el riesgo es elevado e inaceptable*” .
- ⇒ La información para decisores, a entender de los entrevistados, debe representar una “*una herramienta práctica que les permitan abordar en sus instituciones una administración a nivel profesional, manejar la auditoría médica como instrumento de mejora de la gestión, utilizar el presupuesto y el control de costos, gestionar recursos costosos como los medicamentos y la innovación tecnológica*”. Los decisores reconocen que necesitan información de distinto tipo, dependiendo del nivel de toma de decisiones (nacional, regional o local), mencionando a nivel nacional por ejemplo: evaluación de programas en curso, análisis de costo efectividad de intervenciones, eventualmente replicables, modelos de trabajo y su evaluación entre actores del sistema (atención primaria y hospitales por ejemplo), modelos nuevos para incentivar la promoción y participación etc. A nivel local puede ser la búsqueda de información, modelos o intervenciones más adecuadas a su realidad tanto epidemiológica como de desarrollo, que

¹⁰ Frenk, Julio et al. The Role of Doctors as Health Care Managers: An International Perspective. *Social Science and Medicine*, 35 (4), 549-555

muchas veces por ser distinta del nivel nacional no tiene evidencias de magnitud o respuestas adecuadas.

⇒ **La información de la OPS** es reconocida por los decisores como de muy alta calidad, de extrema confiabilidad y de acceso fácil y sencillo. Los títulos de la OPS que más aparece valorar este grupo son aquellos de carácter referencial, en particular *El control de las enfermedades transmisibles* y la publicación sobre *Zoonosis*. (“*La toma de decisiones debe acompañarse de información veraz, completa, coherente y fácilmente entendible, y esta(s) publicaciones lo son*”). No parece importar en esos casos que se trata de publicaciones voluminosas, porque su formato se juzga como muy valioso y de utilidad (“*no necesito leer toda la publicación sino la información sobre la enfermedad de preocupación*”). A juicio de algunos entrevistados la OPS debería priorizar algunos temas, de forma que su información tenga mayor impacto en el sector de tomadores de decisión, mencionándose información que “*en lo sanitario busquen costo-efectividad de intervenciones y también publicaciones que se preocupen de los temas de administración de sistemas de salud*”. La opinión de que en general las publicaciones de la OPS están más dirigidas a investigadores que a directivos en salud parece estar bastante generalizada, al tiempo que se plantea la necesidad de sumarios y recopilaciones más adecuadas para los tomadores de decisión.

b. **Encuesta:** Un grupo de directivos en salud recibieron un cuestionario auto-administrado, con una serie de preguntas que permitieran generar indicadores que midan el impacto de la información de la OPS, la utilidad que los mismos le asignan, los usos y beneficios principales. El cuestionario utilizado se adjunta como anexo 2 y fue respondido por:

- Dr. Mario Vicente Serpas, Director de la Dirección de Control y Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud, El Salvador
- Dra. María del Socorro Interimo, Directora UPEG, Honduras
- Dr. Stanley Atha, Director General del Primer Nivel de Atención; Dirección General de Servicios de Salud, Nicaragua
- Dra. Teresa Siles, Directora del Sistema Nacional de Información en Salud, Bolivia

La síntesis del conjunto de las opiniones recogida indica que:

⇒ Los decisores en salud **valoran altamente la información** en algunos temas como:

- El costo-efectividad de las intervenciones en salud y al impacto de las intervenciones referente a reducción de morbi-mortalidad (“ *por ejemplo: por cada dólar se reduce 3 casos de la enfermedad xxx* ”),
- La información de población versus indicadores ambientales y su relación con la salud (“ *la información de costos, indicadores de salud relacionados con la población, datos de equidad en la distribución de los presupuestos y las asignaciones per cápita de los fondos institucionales ayuda mucho a los tomadores de decisiones* ”)
- Tendencias en la administración de los servicios de salud, reformas de los sistemas de salud y sus resultados.
- Experiencias concretas en torno a la mejora de la gestión y avances en los indicadores de salud

⇒ **Los formatos** deben ser “ *sintéticos, gráficos y que permitan una lectura rápida* ”. Los ejemplos brindados ilustran ampliamente el concepto a que aluden los decisores: se sugieren informes anuales, en tablas homogéneas que faciliten la comparación entre años y entre países. Se planteó la posibilidad de recibir un boletín electrónico periódico que incluya información de utilidad para el nivel de decisión y se mencionaron ejemplos como tablas con información de índices, tasas de enfermedades, e información de indicadores de salud comparada, utilizando Sistemas de Información Geográfica, SIG.

⇒ En cuanto a **temas que las publicaciones de la OPS** deberían incluir: se sugiere que se incluyan descripciones de estudios de caso y comunicación de resultados en la implementación de estrategias: lecciones aprendidas, ventajas, desventajas, contexto de aplicación, etc. Así mismo, se recomienda que las publicaciones relacionen indicadores con estrategias, mostrando enfoques de políticas sociales y de salud, no solo referidos al Ministerio de Salud, sino involucrando a otros actores del área social, y su impacto en los grandes indicadores nacionales. Otros temas de importancia mencionados por este grupo son: el costo efectividad de las acciones; el uso adecuado de los recursos; las experiencias de descentralización; los modelos de reforma y sus resultados prácticos; los análisis de las normas programáticas de los países; los compromisos de los países desarrollados frente a los ODM; metodologías para el logro de la equidad.

⇒ Este grupo de decisores reconoce en *La salud en las Américas* una publicación de mucha utilidad y en un caso se mencionó la *Revista Panamericana de Salud Pública*.

c. Consulta a asesores de políticas de salud en las Representaciones

La consulta a asesores de políticas y servicios de salud en Representaciones de la OPS no tuvo el mismo éxito que la consulta directa a decisores. Solamente se recibió una respuesta (del Dr. Humberto Jaime Alarid, PWR El Salvador) de un total de cinco consultas enviadas¹¹. Por lo mismo no es posible generalizar la contestación recibida, pero transcribimos brevemente su contenido.

Según la respuesta recibida, los decisores en salud prefieren el formato electrónico y aprecian las “investigaciones operativas” y las “encuestas nacionales”, con mucho interés en los temas sobre oferta y demanda de servicios y más recientemente sobre exclusión social. Para el Dr. Alarid, los órganos de Planificación y Regulación tienen mucha influencia en la toma de decisiones y el nivel de asesoría que se reclama de la OPS en la elaboración de planes de gobierno y otras decisiones importante es muy alto.

d. Resoluciones de los cuerpos directivos de la OPS

Las resoluciones de los cuerpos directivos de la OPS otorgan un panorama de cuáles son las prioridades en temas de salud del colectivo de decisores en salud de la Región. Un análisis de las resoluciones emanadas de los cuerpos directivos desde el año 2000 a 2004 muestra la preocupación de los ministros de salud tendientes al fortalecimiento de las capacidades regionales de colaboración para el intercambio de información en temas que van desde VIH/SIDA, salud mental, desastres naturales, envejecimiento y salud de la mujer.

En todos los casos las resoluciones solicitan al Director/Directora de la OPS su intervención a fin de “fortalecer capacidades”, o para facilitar la “diseminación de información”, o para “evaluar [...] las mejores prácticas” y para “facilitar la cooperación técnica entre los países.

La difusión de información sobre intervenciones eficaces en función de los costos; la elaboración de proyectos de demostración y la diseminación de información desglosada por sexo y por edad son recomendaciones reiteradas en el conjunto analizado. El anexo 4 da cuenta de la totalidad de las resoluciones y su texto original.

¹¹ Enviada a Consultores en las Representaciones de la OPS en Bolivia, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y El Salvador.

VI. Principales hallazgos

1. Panorama de la decisión en salud en la Región

La toma de decisión en salud en la Región de las Américas es un complejo proceso que reconoce la participación de multiplicidad de actores, con incidencia en distintos niveles de intervención. En la formulación de políticas públicas en salud participan organismos públicos y privados, con ámbitos de actuación que van desde lo local (micro) hasta lo nacional y sistémico (macro). Cada grupo y sector que participa en el proceso requiere de información específica relacionada con su esfera de actuación y el nivel de problemas sobre los que tiene responsabilidad de decisión. Un sistema de comunicación y productos de información para decisores basado en un modelo de “talle único” (*one size fits all*) no sirve para todos los niveles partícipes del proceso.

2. La relación entre la investigación y la toma de decisión en salud

Se reconocen tensiones y obstáculos en la relación entre los resultados de la investigación en salud en la Región y su uso en la toma de decisión. Dichas tensiones pueden sintetizarse en cinco grandes núcleos:

- a. Definición de prioridades: desacuerdos en la fijación de la agenda de investigación entre los decisores y el sector académico.
- b. Manejo del tiempo, tanto en la publicación de resultados como en la disponibilidad para absorber la oferta de información existente.
- c. Lenguaje y formatos de resultados
- d. Multiplicidad de resultados sobre el mismo problema
- e. Producto final de la investigación: hallazgo versus decisión

3. Formato y cobertura temática: áreas críticas

La necesidad de información para distintos niveles y las tensiones que se identifican en la relación entre los resultados de la investigación y su uso para la decisión indican que el formato de la información para decisores es un área crítica. La variedad de formatos requeridos debe cumplir con las condiciones de condensación y rápido digesto para la aplicación práctica. La temática debe ser pertinente y relevante a la situación de salud y los problemas del área.

4. Fortalezas y debilidades de las publicaciones OPS

La información científico técnica en salud producida por la OPS es evaluada muy positivamente por los tomadores de decisión en salud en la Región. La calidad y confiabilidad de la información y la facilidad de acceso son condiciones reconocidas unánimemente. La ausencia relativa de compendios y síntesis ejecutivas que den cuenta de la pluralidad de resultados aparece como una debilidad, que limita el uso de valiosa información.

VII. Recomendaciones

Para fomentar un mejor uso de los resultados de la investigación en la toma de decisión, la OPS podría plantearse algunas acciones que tiendan a superar las tensiones y obstáculos identificados.

1. En el campo de la definición de prioridades de la agenda de investigación, la OPS podría promover una mayor interacción entre los tomadores de decisión y los investigadores, por ejemplo promoviendo la integración conjunta de cuerpos de gobierno de centros de investigación. La dedicación de números especiales de publicaciones periódicas a algunos de los temas frecuentemente levantados por los decisores (gestión de la salud; relación costo beneficio de intervenciones en salud, etc) puede ser otra medida de apoyo a la generación de una agenda compartida.
2. En el área de manejo del tiempo, la colaboración y la comunicación desde etapas tempranas en la planificación de proyectos y sus resultados parciales puede ser un factor de solución. La OPS puede promover la publicación de productos intermedios, que den cuenta de resultados incluso fragmentarios de investigaciones en marcha, utilizando para ello distintos mecanismos, pero especialmente las redes electrónicas. La incorporación de la visión de los decisores puede ser otro elemento que ayude a una comunicación bidireccional, por ejemplo otorgando espacios para que expresen su opinión en cuanto a cómo aplican los resultados de investigación específicas en la formulación de políticas.
3. En el área de lenguaje y formatos de resultados, la OPS puede impulsar la edición de formatos de publicación exclusivamente dedicados y planeados para decisores, por ejemplo: Síntesis ejecutivas para decisores (síntesis de una publicación extrayendo exclusivamente lineamientos útiles para la toma de decisión); Alertas para decisores (resultados parciales de investigaciones en curso); Paquete para decisores (síntesis de varias publicaciones). De la misma forma, la OPS puede impulsar la traducción de resultados de investigaciones en potenciales políticas de salud, con la publicación de casos exitosos, lecciones aprendidas y síntesis aplicables a nivel de un país o de la región en su conjunto. Otro aspecto importante para la OPS es fortalecer la comunicación gráfica en la comunicación de resultados de investigación para los tomadores de decisión en salud.
4. La OPS puede apoyar la publicación orientada hacia la síntesis integradora de resultados, a fin de solucionar la tensión identificada en cuanto a la multiplicidad de resultados sobre un mismo problema. El fomento de meta-análisis, que incluya varias investigaciones (varias

anteriores publicaciones sobre el mismo tema) pueden ser de gran impacto para la toma de decisión en salud. Los paquetes de información en determinado tema pueden incluir no solamente el conjunto de publicaciones relevantes sino una síntesis de resultados del conjunto de publicaciones e investigaciones de que se trate, de forma de superar la presentación aislada de cada tema y resultado para pasar a una presentación integradora.

5. La OPS puede contribuir a disminuir la tensión que se visualiza entre el objetivo mismo del producto final de una investigación: simple hallazgo versus decisión de políticas. La experimentación con nuevos formatos que promuevan el uso de los resultados de la investigación puede generar insumos para la instalación de líneas editoriales y de información de utilidad real para los tomadores de decisión en salud. La publicación de compendios que reúnan la respuesta a la esencia del problema (de qué problema se trata), las razones y antecedentes (por qué ese problema es importante) y qué puede hacerse para resolverlo (traduciendo resultados de investigaciones en políticas) puede representar una gran contribución de la OPS al uso de la información para la toma de decisiones en salud.

Anexo 1

Pautas de indagación para entrevistas en profundidad con decisores

1. Sobre oferta de información

¿Es suficiente o insuficiente el flujo de información en salud que recibe como decidor? ¿Cuál es la información que usted como directivo en salud más aprecia? ¿Qué tipo de información, qué temas y qué formatos prefiere, qué preferencias tiene usted al respecto?

2. Sobre acceso a la información

¿Cuál es su principal fuente de información como decidor? ¿Es la misma o las mismas para quienes trabajan a su nivel? ¿Qué nivel de accesibilidad tiene la información que usted pretende consultar? ¿Cuál es en su país el nivel de investigación en salud? ¿Considera que la investigación se realiza pensando en las políticas nacionales de salud? ¿Se publican en su país efectivamente los resultados de la investigación y cuáles son las vías fundamentales?

3. Sobre su propia toma de decisión en salud

¿Cuál es el proceso de toma de decisión al nivel que usted interviene: ministerial; dirección nacional; municipal; institucional? ¿En qué se basa un Ministro de salud / un legislador / un director nacional / un --- distintos tipo de tomadores de decisión -- para una decisión de políticas de salud? ¿Cuál es el nivel de consulta o asesoramiento que requiere un decidor para efectivizar una decisión? ¿Cuáles o quiénes constituyen las fuentes de consulta principales en su caso / en casos de otros niveles que usted conozca? ¿Puede darnos un ejemplo concreto de una toma de decisión a su nivel que se ha visto enfrentado recientemente?

4. Sobre las publicaciones de la OPS

¿Qué temas debería incluir y qué enfoque debería dar la OPS a sus publicaciones para que las mismas sean más útiles en el proceso de toma de decisiones en salud? ¿Qué opina usted de la publicación A / B / C / D (elegir distintas recientes publicaciones? Indíquenos la de mayor uso en su toma de decisión. Indíquenos la forma como usa este texto? ¿Qué utilidad tienen las publicaciones de la OPS en su trabajo? ¿Cuál es su opinión sobre la calidad, confiabilidad, relevancia, pertinencia de las publicaciones de la OPS? Sugerencias sobre formato, temáticas, mecanismos y vías de disseminación y comunicación.

Anexo 2

Encuesta auto-administrada para decisores de salud

1. ¿Cuál es la información que los directivos en salud (los tomadores de decisiones en salud, los decisores en el campo de políticas públicas en salud) más aprecian? ¿Qué tipo de información, qué temas y qué formatos prefieren, qué preferencias tiene usted al respecto?
2. ¿Cuál es el proceso de toma de decisión a nivel ministerial? ¿En qué se basa un Ministro de salud para una decisión de políticas de salud? ¿Cuál es el nivel de consulta o asesoramiento que requiere un ministro de salud?
3. ¿Qué temas debería incluir y qué enfoque debería dar la OPS a sus publicaciones para que las mismas sean más útiles en el proceso de toma de decisiones en salud?
4. En base a su conocimiento de las publicaciones de la OPS, ¿Podría mencionar un o dos títulos que entienda de mucha utilidad para decisores en salud? ¿Cuáles publicaciones de la OPS son útiles para directivos? ¿Por qué?

Anexo 3

Decisiones de los cuerpos directivos de la OPS (2000-2004)

Resolución y fecha	Tema	Resuelve---solicitar al Director:
CD42.R13 Setiembre 2000	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas	que fortalezca la capacidad regional de colaboración técnica, especialmente en las áreas del desarrollo científico y tecnológico, de la comunicación y del mercadeo social, la promoción de la sexualidad saludable y los servicios integrales para la prevención de VIH y la atención a las personas que viven con VIH/SIDA/ITS
CD42.R14 Setiembre 2000	Funciones esenciales de salud pública	que disemine ampliamente en los países de la Región la documentación conceptual y metodológica relativa a la definición y medición de las funciones esenciales de salud pública
CD43.R10 Setiembre 2001	Salud mental	que aliente a los Estados Miembros a colaborar en la generación y difusión de información acerca de las intervenciones de salud mental que son eficaces en función de los costos, y a elaborar y avaluar proyectos de demostración
CD44.R6 Setiembre 2003	Atención primaria de salud en las Américas	evalúe los diferentes sistemas basados en la atención primaria de salud e identifique y difunda información sobre las mejores prácticas, a fin de mejorar la aplicación de las políticas pertinentes
CD44.R12 Setiembre 2003	La familia y la salud	que ayude a los Estados Miembros a desarrollar sistemas de información y vigilancia para proporcionar datos desglosados por género, situación socioeconómica, grupo étnico y grado de instrucción, con el fin de lograr la adecuada planificación, ejecución, vigilancia y evaluación de las intervenciones de salud con fundamento científico centradas en la familia
CSP25.R5: Setiembre 1998	Repercusiones sanitarias del fenómeno El Niño	que estimule los esfuerzos a nivel regional y nacional para asegurar una memoria institucional sobre El Niño 1997-1998, así como los trabajos de vigilancia epidemiológica y de investigación que lleven a un mejor entendimiento del impacto de El Niño.
CSP26.R13 Setiembre 2002	Estrategia Regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad	apoye el establecimiento y la ejecución de mecanismos para fortalecer los sistemas de información y vigilancia para seguir de cerca los adelantos logrados en la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas
CSP26.R15 Setiembre 2002	Respuesta de salud pública a las enfermedades	facilite cooperación técnica con los Estados Miembros para que estos elaboren un enfoque integrado de las enfermedades no transmisibles basado en la iniciativa CARMEN
CSP26.R19 Setiembre 2002	Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa OPS/OIT	difundan ampliamente en los países de la Región la documentación conceptual y metodológica que caracteriza la exclusión en materia de salud y su combate a través de la ampliación de la protección social en materia de salud
CSP26.R20 Setiembre 2002	La Salud y el envejecimiento	aliente a los Estados Miembros a elaborar estrategias comunitarias coordinadas para apoyar el envejecimiento activo y para difundir la información al respecto;
CSP26.R21 Setiembre 2002	La mujer, la salud y el desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> estimule y apoye la producción, difusión y análisis de datos sanitarios desglosados por sexo, e incorpore datos de las intervenciones en materia de género, clase social, etnia y territorios sociales; apoye la producción periódica de boletines estadísticos y perfiles sanitarios acerca de género, salud y desarrollo; estimule y respalde la cooperación técnica entre países para el desarrollo, análisis y uso de la información sobre género y salud;