

Antecedentes conceptuales para las investigaciones en sistemas y servicios de salud en enfermería

Conceptual background for health systems and services research in nursing

Nelcy Martínez Trujillo

Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el escaso desarrollo y aplicación de los resultados de las investigaciones en sistemas y servicios de salud por los profesionales de enfermería, tiene múltiples causas. Entre ellas, se encuentra el desconocimiento de sus antecedentes históricos y conceptuales. Esto, además, dificulta su comprensión.

Objetivo: sistematizar la información relacionada con los antecedentes de este campo de estudio.

Métodos: se realizó una revisión bibliográfica y documental.

Conclusiones: el conocimiento de los referentes de investigaciones en sistemas y servicios de salud favorece a su realización por parte de los profesionales de enfermería, en tanto permite entender la integración de disciplinas y métodos para su desarrollo, así como el nivel de análisis poblacional que supone su realización.

Palabras clave: enfermería, investigación en sistemas y servicios, antecedentes conceptuales.

ABSTRACT

Introduction: The scarce development and application of health systems and services research results by nursing professionals stem from several factors, among them unawareness of its historical and conceptual background, which also hampers its understanding.

Objective: Systematize information about the history of health systems and services research.

Methods: A bibliographic and documentary review was conducted.

Conclusions: Knowledge about systems and services research referents by nursing professionals facilitates their research work by providing them with awareness of the integration of disciplines and methods, and of the level of population analysis required.

Keywords: nursing, systems and services research, conceptual background.

INTRODUCCIÓN

La historia de cualquier campo de conocimiento es un elemento indispensable para su auto concienciación. Rastreando el desarrollo histórico de una rama del saber los científicos comprenden más a fondo su estado actual. Esto implica apropiarse de los referentes que la sustentan para tener claro su objeto de estudio, sus métodos, el aparato conceptual, la estructura lógica interna, las esferas de aplicación práctica, así como sus relaciones con áreas del conocimiento. En tal sentido, los profesionales de enfermería que decidan dedicarse al desarrollo de las investigaciones en sistemas y servicios de salud (ISSS) deben conocer sus particularidades.

Las ISSS son un instrumento para el fortalecimiento de los sistemas de salud y la monitorización de los procesos de reformas que en ellos se implementan.¹ Como campo investigativo ha recibido múltiples denominaciones. De igual forma, su objeto de estudio y sus métodos han sido motivo de debates y cuestionamientos periódicos.² Estas son algunas de las particularidades que la han acompañado en su devenir histórico y que han incidido en su lenta consolidación y comprensión por parte de los profesionales de enfermería.³

Juan Cesar García, principal figura de las ciencias sociales aplicadas a la salud en América Latina, en la entrevista que se hiciera a sí mismo, y refiriéndose a la Medicina Social en particular afirmó: "la variedad de nombres para designar un campo puede implicar, en parte, diferentes definiciones sobre su objeto de estudio, distintas perspectivas para abordar su análisis y corrientes de pensamiento divergentes en quienes participan en este campo".⁴ Esta aseveración permite entender, en un primer acercamiento, las particularidades antes citadas en relación con la ISSS; en tanto, los sistemas de salud como objeto de estudio y la interdisciplinariedad como enfoque metodológico integrador, son elementos que le confieren complejidad a este tipo de estudio.

La ISSS surgió con el término de Investigación en Servicios de Salud. A finales de la década de los 80 del pasado siglo y partir de procesos históricos puntuales, comienza a ser denominada Investigación en Sistemas de Salud e Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. Esta última denominación fue el resultado de la unificación de las iniciales y un intento por dejar claro la ampliación de su alcance. A inicios del año 2000 comenzó a difundirse el término de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. Esta vez, la intención de dejar claro su vínculo con la definición de políticas, es la que determina en su designación, e indistintamente,

puede ser encontrada en la literatura en cualquiera de estas acepciones.¹ En ese sentido, se plantea que muchas veces por falta de límites claros o de un contenido preciso, las denominaciones de un campo se amplían demasiado, caracterizan determinados aspectos o subdividen otros.⁵

A los efectos de este artículo y para estudiar sus antecedentes, se citará en cada etapa la denominación por la que era conocida. Con ello evitaremos descontextualizar al lector, ya que la forma de denominarla es también un reflejo del momento histórico- social por el que estaba transitando, y de los referentes sociológicos y filosóficos que subyacían en los individuos e instituciones involucrados en su realización.

Es imposible que los profesionales de enfermería puedan abordar un área de conocimiento sin tener claros sus antecedentes históricos. Si además esta promueve un nivel de análisis que dista del que cotidianamente promueve la práctica de la profesión, la posibilidad de abordaje es menor. En ese sentido el presente artículo tiene como objetivo sistematizar la información relacionada con los antecedentes de las ISSS para favorecer su realización por parte de los profesionales de enfermería en general y su uso en la toma de decisiones de los directivos en particular.

DESARROLLO

Las primeras referencias a la Investigación en Servicios de Salud (ISS), primera forma de denominar a este tipo de estudio, datan de 1958 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) identificó la necesidad de conservar un balance adecuado entre la investigación biomédica y la de los servicios de salud. Algunos autores concuerdan en que después de la Segunda Guerra Mundial algunas disciplinas vinculadas a la salud tuvieron un gran desarrollo, entre ellas la Epidemiología y la investigación biomédica. Esta última vinculada con el crecimiento del servicio hospitalario e impulsado por la industrialización.⁶

Paralelamente, otras disciplinas de las ciencias sociales pasaron a adoptar la salud como objeto de reflexión. Este periodo marcó el comienzo de la convergencia de las ciencias sociales y de las ciencias de la salud en los países desarrollados. El interés común era el estudio de los hechos, situaciones y condiciones que afectaban a las poblaciones en general o a grupos sociales específicos, por contraste al análisis de individuos, órganos, células y moléculas que primaba hasta ese momento. Se incluyó en este desarrollo el reconocimiento de que el estado de salud de las personas y de las comunidades estaba determinado por una amplia gama de factores externos al sector salud, también la necesidad de estudiar el funcionamiento del hospital al centralizarse en este la atención médica.^{5,6}

En las dos décadas posteriores al término de la guerra, con la estructuración y crecimiento de los sistemas de salud de forma más articulada y los cambios de las instituciones de salud, las temáticas de las investigaciones comenzaron a variar.

El elemento catalizador de este cambio fue el fortalecimiento del papel del estado como mayor financiador, planificador, proveedor y regulador de los servicios de salud. La necesidad de conocer la magnitud de estas inversiones fue el primer motivo para indagar de manera concreta en estos aspectos.⁶

A partir de la segunda mitad de los años 70, la llamada "crisis fiscal del Estado" caracterizada por un aumento de los gastos en relación con las entradas, provocó el redireccionamiento de los esfuerzos hacia otros problemas de los sistemas de

salud: la eficiencia en el uso de los recursos y la efectividad de los resultados en los servicios. Dos realidades objetivas habían cambiado: los costos médicos habían subido con más rapidez que en décadas anteriores y la parte gubernamental en el financiamiento había aumentado sustancialmente tanto en sector público como en el privado.⁷ En síntesis, se sostiene que fue la necesidad creciente de informaciones rápidas sobre disponibilidad, costo, eficiencia, eficacia y calidad de los servicios de salud -principalmente de asistencia médica-, lo que inició la expansión de la ISS.⁸

En este periodo, la necesidad de un seguimiento de las inversiones para constatar la adecuada utilización de los recursos, se convirtió en una de las prioridades de los estados. Ocurrió un cambio del consenso político anterior en la dirección de la contención de costos y de la reducción de gastos de los sistemas de salud. El instrumento de política escogido para ello fue el aumento del control y la regulación. Por lo tanto, en un primer momento, las preocupaciones estaban vinculadas a la perspectiva de alcanzar la extensión de la cobertura poblacional de los servicios de salud y, posteriormente, a la necesidad de aumentar los controles sobre el desarrollo de los servicios, con énfasis en los de asistencia médica.⁷ Los estudios sobre los servicios de salud impulsados por la necesidad de racionalizar el sector, frente a la disminución de los gastos estatales, comienzan a tener auge.

A mediados de la década de los 70, fue postulado el enfoque de la atención primaria como el camino para alcanzar la meta de "Salud para todos en el año 2000" (SPT2000). En 1978, en la conferencia de Alma Ata, los representantes de los gobiernos participantes se comprometieron con esa directriz. La concepción de atención primaria pregona una amplia acción intersectorial de los gobiernos, vista como esencial para alcanzar la meta prevista. Se estimuló a los estados participantes a desencadenar radicales revisiones de sus políticas y sistemas de salud. Se recomendó la implementación y el desarrollo de los niveles básicos de atención bajo una perspectiva integradora y multisectorial.⁹

A partir de entonces, basada en la idea de constituirse en una "investigación orientada para la acción" y en su contribución con el alcance de las metas propuestas para el nuevo milenio, comenzó a tomar impulso la idea de la constitución de un campo de investigación particularmente dedicado a proporcionar información que pudiese ser utilizada para la toma racional de decisiones, la planificación y la gestión sectorial en los diferentes niveles de los sistemas de salud. El término "campo" que se utilizó para denominar la ISS en este periodo es cuestionable y será objeto de análisis posteriormente en este artículo.

En 1979, el sub comité asesor de investigaciones médicas de la OMS emitió la primera definición de las Investigaciones en Servicios de Salud (ISS) considerada como "el estudio sistemático de los medios por los cuales el conocimiento médico básico y otros conocimientos relevantes se aplican a la salud de los individuos y de la comunidad, bajo un conjunto determinado de condiciones existentes". Constituyó un primer paso en la definición de este tipo de estudio que indicó que era producto de la sistematización de conocimientos, pero tuvo algunas limitaciones. Si bien resultaba bastante inclusiva, era inespecífica al no quedar claro qué era un "conocimiento relevante" ni a qué se le consideraba "un conjunto de condiciones existentes". Hacía más énfasis en la salud y en los resultados que en los servicios y los procesos. Los métodos para su realización constituyeron otro pendiente en este primer intento.¹⁰ Esta imprecisión inicial incidió en la asunción de métodos de otras disciplinas, fundamentalmente la Epidemiología, y determinó un período en el que la mayoría de los estudios aplicaban los enfoques de esta ciencia. Al no definirse los métodos, éstos quedaron a la elección de quiénes la realizaban. El saldo inicial fue la casi total exclusión de las ciencias sociales y un fuerte componente de investigación cuantitativa bajo la égida del imperante paradigma positivista.

En este periodo, la premisa del uso de las ciencias para la formulación de políticas fomentó el rápido crecimiento de organizaciones internacionales globales, como las Naciones Unidas (ONU) y sus agencias especializadas, el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), o regionales como la Comunidad Europea (CE). Se comenzó a difundir y hacer énfasis en la importancia del desarrollo o perfeccionamiento de sistemas de información, a través de la construcción de indicadores para el seguimiento del estado de salud de los individuos y de las poblaciones. El objetivo era que estos indicadores apoyaran tanto en la formulación de las políticas y programas de salud como en su monitorización y evaluación; que examinarán la estructura y el funcionamiento de los sistemas de salud, con la perspectiva de comprobar si las inversiones efectuadas habían alcanzado sus objetivos de lograr la universalidad, efectividad, eficiencia y equidad de los servicios de salud. El instrumento aludido para estos fines fue la Investigación en Servicios de Salud.⁶

La década de los ochenta aportó un nuevo elemento a las ISS en tanto fue reconocida como un instrumento importante para el proceso político de implementación de cambios en los sistemas de salud. Se promulgó que para su desarrollo era necesario construir un puente entre la investigación y la política; el cómo tenderlo sería otro de los pendientes. En ese sentido, fueron varias las iniciativas de organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Centro internacional de investigaciones para el desarrollo (IDRC) que, cada vez más, pasaron a exigir en los protocolos de investigación la explicitación de ese vínculo y que buscaban discutir las estrategias específicas orientadas a articular los campos de la investigación y la gestión.¹¹

En 1984, después de varias reuniones internacionales con la participación de estas organizaciones y de instituciones de distintos países, la OMS formuló una definición operacional de la ISS. Esta concretó algunos aspectos que en la definición inicial no quedaron establecidos y le conferían una gran imprecisión a este tipo de estudio. La nueva definición consideró a la ISS "...una actividad interdisciplinaria, directamente relevante para la salud y que intenta ampliar la comprensión de los múltiples factores que influyen en la provisión de servicios de salud con el objetivo final de mejorarlos y tornar su uso más eficiente. Engloba un amplio espectro de actividades que van desde la investigación básica, recolección de información estadística, desarrollo de investigación aplicada, pruebas piloto y evaluaciones para el análisis de políticas y la planificación a largo plazo. Su preocupación sustantiva es igualmente amplia e incluye la planificación, organización, financiamiento, gerencia, uso y efectividad de los servicios y los sistemas de Salud".¹²

Constituyó otro paso de avance en la clarificación de su objeto de estudio, sin embargo, si bien aportó elementos distintivos, como su carácter interdisciplinar, también dejó brechas en sus métodos en tanto era catalogada como una "actividad" que "intentaba ampliar la comprensión" y "englobaba un amplio espectro de actividades". Esta nueva definición era tan abarcadora que incluía desde aspectos distintivos de otras investigaciones hasta métodos de recogida de información. La base conceptual y metodológica que la sustentaría tampoco fue precisada en este periodo por lo que continuó su bregar como una investigación que tenía claro el "qué" deseaba indagar mas no el "cómo" se integraría la perspectiva interdisciplinaria que promulgaba. Aunque desde su surgimiento se pretendía que fuera considerada un campo, aún carecía de elementos esenciales para ser valorada como tal.

En ese sentido Julio Frenk, eminente salubrista, en su análisis de la crisis de la Salud Pública acotó que en la constitución de un campo de conocimientos se deben considerar la base conceptual, que permita establecer los límites del ámbito

específico de acción; la base de producción, que es el conjunto de instituciones donde se reúne una masa crítica de investigadores para generar el cuerpo de conocimientos que da contenido sustantivo al campo intelectual; la base de reproducción, que permita asegurar la consolidación y continuidad del campo intelectual a través de tres vehículos principales: programas educativos para formar profesionales e investigadores, publicaciones para difundir resultados y agrupaciones para compartir ideas y compartir intereses; y la base de utilización que permita traducir el conocimiento en desarrollo tecnológico y en decisiones tomadas a partir de los resultados de las investigaciones.¹³

Para esta década las ISS no contaban con ninguno de estos aspectos lo que la condenó a una inexacta conceptualización inicial que marcaría pautas en su futuro desarrollo en tanto comenzó a constituirse sin definir sus esencias.

Si bien esta nueva definición no fue esclarecedora por la diversidad de aspectos que incluyó, al menos en este periodo se identificaron las nueve categorías de estudios en las que las ISS estarían enfocadas. Estas fueron:¹²

1. Relaciones de los servicios con el entorno social.
2. Determinación de las necesidades y demandas de salud de la población.
3. Producción y distribución de recursos.
4. Estructura organizativa y componentes del sistema de salud.
5. Estudio de la utilización de servicios de salud.
6. Administración de los servicios de salud.
7. Análisis económico.
8. Evaluación de programas.
9. Participación de la comunidad en su relación con los servicios de salud.

Algunos investigadores plantean que el énfasis otorgado a la ISS en los finales de los años 80, fue debido a que se constituyó en un enfoque científico que posibilitaría a los sistemas de salud tornarse más eficientes y efectivos, alcanzando la mejora del estado de salud de sus poblaciones, a partir de intervenciones y decisiones mejor informadas.¹⁴ Se consolidó la comprensión del aporte de este tipo de estudio en la introducción de los cambios para reorientar los problemas de salud existentes y superar los obstáculos que aparecieron en la implementación de tales cambios. Todo ello a través de la generación de datos necesarios para la decisión mejor informada.⁶

En medio de este proceso de consolidación se creó en 1987, la Comisión de Investigación en Salud para el Desarrollo (CISD) (*Commission on Health Research for Development, siglas en Inglés*), como una iniciativa global que recomendó el uso de la investigación para mejorar la salud y el bienestar de las personas de los países en desarrollo. Este grupo de trabajo instó a la realización de estudios que respondieran a las necesidades específicas de cada país y que denominó Investigación Esencial (IE) (Essential National Health Research: ENHR, siglas en inglés).

El término se refería a aquellas investigaciones "que todo país, no importa su nivel de desarrollo, debe realizar si aspira a avanzar con independencia en la obtención de nuevos conocimientos sobre sus propios problemas de salud y en la superación de la brecha entre el conocimiento y los logros". Tendrían entre sus objetivos la definición y evaluación de las políticas con prioridad en el abordaje de los problemas de salud prevenibles y como elemento distintivo debían analizar la dinámica que, durante su realización, se establecía entre los prestadores de servicios, los investigadores y los miembros de la comunidad.¹⁵

Fue una etapa importante en la concientización del papel de la investigación en el desarrollo de los sistemas de salud. La mencionada comisión hizo los primeros esfuerzos periódicos por medir el flujo de recursos que a escala global eran destinados a tal efecto. Estimó que menos del 10 % de las inversiones de los países en desarrollo se dedicaban a problemas específicos de salud y que eran precisamente estos países los que padecían el 90 % de la carga de los problemas de salud prevenibles. Ello llevó al concepto de la brecha 10/90 en la investigación en salud. La Comisión recomendó que cada país se propusiera gastar el 2 % de su presupuesto nacional de salud en el fortalecimiento de las capacidades de investigación en general y de las investigaciones esenciales en particular. Estos esfuerzos debían complementarse con la propuesta de que los donantes internacionales asignaran el 5 % de su asistencia a la salud a apoyar dichas áreas. Constituyó un primer pronunciamiento en reconocer, a nivel global, la necesidad de apoyo financiero para la investigación en salud en general y para las vinculadas a los servicios en particular.¹⁶

En este periodo se incentivó a nivel global el desarrollo de la Investigación Esencial que según algunos autores "es la que materializa el puente entre la investigación y la política e interrelaciona la dinámica entre los políticos, tomadores de decisión, investigadores y miembros de la comunidad".¹⁷ Las ISS comenzaron a ser identificadas como Investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS) y con la nueva denominación se le incorporaron algunas especificidades como la de ser la encargada de la superación de la brecha entre el conocimiento de las dinámicas de los sistemas de salud y los logros que estos tenían.

A principios de la década del 90 se realizó en Estocolmo la primera reunión de la Comisión de Investigaciones en Salud para el Desarrollo (CISD) en la que se emitieron recomendaciones para consolidar la Investigación Esencial, entre ellas el establecimiento de una instancia que monitorizara los esfuerzos por disminuir la brecha 10/90 y la realización de iniciativas para el desarrollo de capacidades individuales e institucionales para la investigación.¹⁶ Estaba claro que la brecha no se cerraría si no se establecían mecanismos de regulación y si no se medían las iniciativas que se realizaban en ese sentido.

En 1991, se creó la Fuerza de Choque (TFHR: siglas en Inglés, Task Force on Health Research for Development) con el fin de hacer cumplir las recomendaciones de la CISD y monitorizar el desarrollo de investigaciones como una de las actividades que a nivel de países, se realizaban para lograr los objetivos del milenio relacionados con la salud. En esta etapa se desconcentraron y descentralizaron las acciones de la Comisión de Investigación del nivel global al de países.¹⁸

A partir de la aceptación con que los países en desarrollo acogieron esta iniciativa de descentralización, en 1993 durante la segunda reunión de la CISD, se creó el Consejo de Investigación en Salud para el desarrollo (Council on Health Research for Development, COHRED siglas en Inglés) como un mecanismo internacional que, con énfasis en los países de menos recursos, facilitara la evolución y priorización de las investigaciones para respaldar las decisiones de los sistemas de salud.

En su primer reporte COHRED enfatizó en la necesidad que existía de que cada país identificara sus prioridades para el desarrollo de investigaciones esenciales para que estas fundamentaran las políticas de salud y permitieran la integración de todos los actores claves en la gestión de los sistemas. El documento incluyó recomendaciones concretas en este sentido y contribuyó al análisis de la necesidad de financiamiento para la realización de investigaciones esenciales a nivel de los países, y en el carácter participativo que debía mediar en la definición de prioridades.¹⁶

El trabajo de COHRED estimuló a prestar una mayor atención en la concesión de recursos, la administración y la priorización de las investigaciones en salud y llevó al progreso del concepto de Sistemas Nacionales de Investigación en Salud (SNIS) a modo de marco abarcador dentro del cual se analizan, desarrollan y fortalecen las capacidades de los países en la priorización y abordaje de las investigaciones con vistas a la equidad y el desarrollo.¹⁹ En 1998, a partir de la recomendación hecha años antes por la Comisión de Investigaciones en Salud para el Desarrollo, se creó el Foro Global (FG) con la misión de monitorizar las acciones para cerrar la brecha 10/90 y la asignación y utilización de los financiamientos para la investigación en el ámbito mundial.

La década de los noventa sacó a relucir a nivel global el papel de la Investigación Esencial. Constituyó su periodo de maduración y marcó pautas en el fortalecimiento de las ISSS al consolidarse y concretarse la definición de sus principales objetivos. Se logró su visualización a nivel de países de forma más explícita. La necesidad de establecer prioridades y el carácter participativo que esta debía tener fueron otros de los elementos que se legitimaron en este período sin embargo, continuaba la brecha de cómo integrar los métodos de las diferentes disciplinas para lograrlo.

En el año 2000, a partir de una propuesta del Foro Global y en colaboración con la OPS surgió la Alianza para la investigación en políticas y sistemas de salud (nótese que las ISSS asume una nueva denominación) con el objetivo de promover la generación, disseminación y uso de los conocimientos en alcanzar un mejor desempeño de los sistemas de salud de los países en desarrollo. La Alianza surgió para legitimar la singularidad de este tipo estudio. Está integrada por instituciones de más 50 países y diversas disciplinas.

Sus esfuerzos están encaminados a sintetizar los antecedentes de las ISSS con el fin de articular su desarrollo de manera coherente. En ese sentido, la Alianza emitió una nueva definición que la consideró como "la producción y aplicación de los conocimientos para mejorar la manera en la que las sociedades se organizan para lograr las metas de salud. Incluye cómo estas planifican, dirigen y financian los servicios de salud, así como el desarrollo de investigaciones que implique a los diferentes actores del sistema. No es una disciplina pero se nutre de varias disciplinas que contribuyen a su desarrollo, entre ellas la economía, la sociología, antropología, ciencias políticas y epidemiología".²⁰

Esta nueva definición tuvo elementos comunes y distintivos en relación con las precedentes. Entre los primeros, el carácter multi e interdisciplinario, entre los segundos se destaca la incorporación de las sociedades como elemento rector del proceso en tanto se estudia cómo estas se organizan. Es una definición que si bien contribuyó a esclarecer la esencia de este campo, no podía considerarse definitiva pues no quedaban claros, ni explícitos sus límites, sin embargo, fue la que permitió una primera concreción para direccionar las estrategias que la Alianza realizaría para su fomento.

Los primeros años de trabajo de la Alianza estuvieron dedicados a identificar cuál era la situación global de desarrollo de las ISSS, así como a integrar y sintetizar los referentes conceptuales que existían. Durante casi una década y con la colaboración de la OMS se emitieron informes que analizaron los aspectos que limitaban la realización de las Investigación en Políticas y Sistemas de Salud (IPSS) e incluían propuestas puntuales de solución.²¹ A inicios del año 2007, en su informe bienal, la Alianza declaró que no era viable la realización de iniciativas si estas no incluían el desarrollo de capacidades en los países y sus sistemas de investigación para priorizar, conducir y aplicar las ISSS e informarlas a los tomadores de decisiones en la formulación de políticas.²² Se inició entonces una etapa de trabajo con el objetivo de proponer acciones en este sentido.

En mayo del 2008 durante la reunión preparatoria del Forum Ministerial de la Alianza se analizaron varios temas considerados como primordiales para el desarrollo sostenible de las ISSS en el contexto mundial: La construcción de capacidades, los métodos para la investigación, el establecimiento de prioridades y la aplicación de resultados. A continuación se explican los principales aspectos descritos en cada uno de ellos.²³

En relación a la construcción de capacidades con este fin, se hizo énfasis en la marcada escasez de inversiones a largo plazo en los países de bajos y medianos ingresos. Se destacó la existencia de estrategias puntuales que no incluían un desarrollo sostenible debido a la escasez de recursos asignados o por la manera en que se realizaban. Se analizó la debilidad en algunos contextos, y la necesidad de investigar la factibilidad de redireccionar la asistencia que se brindaba a las consultorías de corto plazo para invertir en proyectos de más largo plazo con resultados más sostenibles. La necesidad de vincular la utilización de los fondos para la formación de capacidades en relación con las prioridades de los países fue otro de los aspectos que afloró en el debate.

A partir del análisis de los métodos se consideró que aunque no existía uno específico para este tipo de investigación, se requería una mayor comprensión de la utilización e integración de los disponibles, así como una adecuada selección y combinación para el abordaje de temáticas específicas. Se instó a buscar propuestas para lograr la integración interdisciplinar y la ampliación de la aplicación de enfoques cualitativos.

En relación con el establecimiento de prioridades para la optimización en el uso de los recursos, se precisó que en algunas áreas se había progresado, entre ellas el financiamiento y los recursos humanos en salud. En la primera, eran evidentes un gran número de estudios con resultados concretos, en el caso de los estudios relacionados con los recursos humanos predominaban los trabajos empíricos por lo que urgía mejorar los diseños metodológicos de estos. Se hizo énfasis en la necesidad de pasar de la investigación descriptiva a aquella orientada a la acción y a la necesidad de fortalecer los vínculos entre los investigadores y tomadores de decisión.

Para estas fechas también se identificó que una de las principales limitaciones que tenía este tipo de estudio era la escasa utilización de sus resultados para la toma de decisiones dado en gran medida por lo poca familiarización de los tomadores de decisiones con este campo investigativo. Si bien desde la década de los 80 del pasado siglo se estaba haciendo énfasis en la necesidad del puente entre investigación y política, este no se había sido tendido en la mayoría de las iniciativas del sector salud.

Se incentiva entonces al desarrollo de estrategias en este sentido y en sus proyecciones de trabajo para el periodo 2008-2016. La Alianza se propuso facilitar el desarrollo de capacidades para la generación, diseminación y uso de las IPSS por parte de los políticos y otros implicados. También incluyó entre las prioridades la realización y la publicación de estudios para estimular la síntesis de conocimientos en este campo.²⁴ Esta década significó un importante momento para las ISSS, pues se logró, por primera vez, la identificación de una comunidad de instituciones y actores claves que de manera integral aunaron sus esfuerzos para fortalecer sus bases conceptuales y metodológicas.

Como colofón a estos esfuerzos, en noviembre del 2010, se realizó el primer Simposio Global de Investigaciones en Políticas y Sistemas de Salud para discutir y debatir la importancia y contribución de éstas en la toma de decisiones de los Sistemas de Salud, así como establecer un espacio de colaboración entre diferentes disciplinas y sectores. Entre los principales resultados de ese encuentro estaba una nueva definición de las IPSS que incluyó, de manera explícita, el papel de los determinantes de la salud y la primera propuesta de una estrategia interdisciplinaria e intersectorial para el redireccionamiento de las acciones, con el objetivo de lograr que las ISSS fueran realmente un instrumento participativo de cambios en los sistemas, así como consolidar sus fundamentos metodológicos y la puesta en práctica de los resultados.²⁵ En el documento final, se incluyeron ejemplos de estudios de casos concretos en los que estas intenciones se habían concretado.

Esta vez se definió la ISSS como un campo investigativo que trata de entender y mejorar la forma en que las sociedades se organizan para alcanzar sus metas de salud, y cómo diferentes actores interactúan en el proceso de definición e implementación de políticas para lograr que éstas tengan buenos resultados. Es por naturaleza interdisciplinaria, una mezcla de la economía, la sociología, la antropología, las ciencias políticas, la salud pública y la epidemiología que en conjunto dan una mirada integral de cómo los sistemas de salud responden y se adaptan a los cambios introducidos con las políticas de salud, y de cómo las políticas pueden incidir en -y ser incididas por- los sistemas de salud y los determinantes de la salud.²⁶

Esta nueva definición incluyó elementos novedosos como la explicitación del carácter interdisciplinario que le incorpora, además de la mirada desde varias disciplinas, la necesidad de integrar e intercambiar entre ellas sus métodos y enfoques. Se concreta el papel de la IPSS en la enunciación y evaluación de los efectos de la implementación de políticas y se integran los determinantes de la salud como aspectos que ésta debe tener en cuenta. Por primera vez desde su creación, la ISSS cuenta con una base conceptual, de producción, reproducción y uso; y en ese sentido era consecuente con su denominación como campo tal como su definición enuncia.

El reconocimiento del valor de la ISSS como un instrumento para la toma de decisiones y la definición de políticas para mejorar la eficiencia y la efectividad de los sistemas de salud ha sido reconocido en varios documentos y eventos.²⁷⁻³¹, sin embargo, aún quedan retos que superar, entre ellos: lograr en la práctica la interdisciplinaria que promulga, integrar los intereses de todos los actores clave que involucra, concretar el vínculo entre los investigadores y los tomadores de decisión, para con todo ello lograr que sus resultados sean puestos en práctica.³²

Entre sus limitaciones tiene el haber surgido sin una clara base conceptual, con un difuso objeto de estudio y sin una clara determinación de los métodos para su desarrollo, sin embargo tiene la fortaleza de tener claros sus objetivos y estar

reconocida como un elemento clave para la mejora de los resultados de los sistemas de salud, lo que contribuye a su realización. Para los profesionales de la salud en general y los de enfermería en particular, debe quedar claro que no hay Sistema de Salud que alcance sus metas sin una investigación que respalde sus iniciativas y reformas, que haga que los esfuerzos cuenten, esa es la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, la más reciente forma de llamarla. Comprender su devenir es el primer paso para poder realizarla.

CONSIDERACIONES FINALES

La comprensión de los antecedentes históricos y conceptuales de las ISSS es un elemento indispensable para su realización. En particular, a los profesionales de enfermería les permite entender la integración de disciplinas y métodos para su desarrollo, así como el nivel de análisis poblacional que supone su realización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hoffman S, Røttingen J, Bennett S, Lavis J, Edge J, Frenk J. Background paper on conceptual issues related to health systems research to inform WHO global strategy on health systems research. Geneva: WHO; 2012 [Citado 10 Mar 2013]: [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr-backgroundpaperhsrstrat1.pdf>
2. Lomas J. Improving research dissemination and uptake in the health sector: Beyond the sound of one hand clapping. Hamilton, Canada: Centre for health economics and policy analysis; 2012 [Citado 10 Mar 2013]: [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.cfhi-fcass.ca/migrated/pdf/mythbusters/handclapping_e.pdf
3. Martínez N, Torres M, Urbina O, Otero M. La brecha entre Investigación en Sistemas y Servicios y la práctica de enfermería. Posibles causas. Revista Cubana de Enfermería. 2010; [Citado 10 Mar 2013],26(3):155-62. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n3/enf08310.pdf>
4. Rojas F, Márquez M. Juan Cesar García entrevista a Juan Cesar García. En: Rojas F, Márquez M, compiladores. Juan Cesar García: Su pensamiento en el tiempo, 1984-2007. 1a ed. La Habana: Ateneo Juan Cesar García; 2007. p.3
5. Duante E. Tendencias y perspectivas de las investigaciones en Ciencias Sociales en salud en América Latina: una visión general. En: Rojas F, Márquez M, compiladores. Juan Cesar García: Su pensamiento en el tiempo, 1984-2007. 1 ed. La Habana: Ateneo Juan Cesar García; 2007. p.123
6. Arango A. La investigación en políticas y sistemas de salud; aproximación a su quehacer. Hacia la promoción de la Salud. Rev Col Enf. 2004; [Citado 10 Mar 2013],(9):33-44. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%209_5.pdf
7. Almeida C. As Reformas Sanitárias dos anos 80: crise ou transição? [Tesis Doctoral]: FIOCRUZ. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro. 1995; [Citado 10 Mar 2013],11(4):639-42. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n4/v11n4a19.pdf>

8. Castañeda M. La investigación en sistemas de salud y su relación con los servicios de enfermería. Rev Enf IMSS. 2006; [Citado 10 Mar 2013], 14(1): 1-2. Disponible en <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDREVISTA=71&IDPUBLICACION=945>
9. World Health Organization. Report of the international conference on primary health care. Alma Ata, USSR. 6-12 Sept 1978-2 May 2008 [Citado 10 Mar 2013]: [aprox. 3 p.]. Disponible en http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
10. World Health Organization. The concept of health services research. Geneva: World Health Organization; 1983 [Citado 10 Mar 2013]: [aprox. 4 p.]. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_67.pdf
11. Bazzani R. Construyendo un puente entre investigación y políticas para la extensión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe: una estrategia de cooperación conjunta. Cad Saude Pública. 2006; [Citado 10 Mar 2013], 22(1): 109-12. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22s0/10.pdf>
12. Carvalheiro JR. Investigacao em Servicos de Saúde: ¿qual é o seu problema? Revista Saúde e Sociedades. 1994; [Citado 10 Mar 2013], 3(2): 64-111. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v3n2/05.pdf>
13. Frenk, J. La nueva Salud Pública. En: Organización Panamericana de la Salud. La crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate. Washington: OPS; 1992. p. 76.
14. Hassouna W. Status and future directions: "The Lone Ranger". In: Gottingen, Research Strategies for Health. New York: Hogrefe & Huber Publishers; 1992. p. 66.
15. Red de Investigación en Sistemas y Servicios de salud en el Cono Sur. El Campo de la Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. Un debate. Cuadernos de la RISSS. 2000; [Citado 10 Mar 2013], 1(4): 25-26. Disponible en: <http://www.bireme.br/bvs/equidad/cuadernos1.pdf>
16. COHRED. Health research: Essential link to equity development. 1993 [Citado 10 Mar 2010]; [aprox. 13 p.]. Disponible en: http://www.cohred.org/downloads/open_archive/ComReports_0.pdf
17. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis. Health Policy and Planning. 1994; [Citado 10 Mar 2013], 9(4): 353-70. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10139469>
18. Task Force on Health Research for Development. Essential National Health Research: A Strategy for Action in Health and Human Development. Geneva: WHO; 1991.
19. Council on Health Research for Development (COHRED). Essential National Health Research and Priority Setting: Lessons Learned. Geneva: WHO; 1997. [Citado 10 Mar 2013], Disponible en: <http://www.cohred.org/downloads/586.pdf>
20. Alliance for health policy and systems research. Strengthening health systems: The role and promise of policy and systems research. Final report of the Global Forum for Health Research. Geneva: WHO; 2004 [Citado 10 Mar 2010]; [aprox. 1 p.]. Available from: http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/Strengthening_complet.pdf
21. WHO. World report on knowledge for better health: strengthening health systems. Geneva: WHO; 2004 [Citado 10 Mar 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/rpc/meetings/wr2004/en/index10.html>
22. Alliance for Health Policy and Systems Research. Biennial Review "Sound Choices" WHO: Beijing; 2007 [Citado 27 Ago 2009]. Disponible en: http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/Alliance_BR.pdf

23. Alliance for health policy and systems research. Report "From Mexico to Mali: Taking stock of achievements in Health Policy and Systems Research. Nyon, Switzerland: WHO; 2008 [Citado 27 Ago 2009]. Disponible en: http://www.who.int/alliance-hpsr/Alliance%20HPSR_ST_FinalReport.pdf
24. Alliance for health policy and systems research. "Building the field". Annual Report. WHO: Geneva, Switzerland; 2008 [Citado 27 Ago 2009]. Disponible en: http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/alliancehpsr_annualreport08.pdf
25. Alliance for health policy and systems research. Strategy on health policy and systems research: changing mindsets. Geneva-Switzerland, WHO; 2012 [Citado 13 Abr 2013]. Disponible en: http://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_changingmindsets_strategyhpsr.pdf
26. Alliance for Health Policy and Systems Research. What is HPSR? Overview. Geneva: World Health Organization; 2011 [Citado 13 Abr 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/alliance-hpsr/about/hpsr/en/>
27. World Health Organization. World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization; 2000 [Citado 13 Abr 2013]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf
28. World Health Organization. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. Geneva: World Health Organization; 2007 [Citado 13 Abr 2013]. Disponible en: http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf
29. Green A, Bennett S, editors. Sound Choices: Enhancing Capacity for Evidence-Informed Health Policy. Geneva: World Health Organization; 2007 [Citado 13 Abr 2013]. Disponible en: http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/Alliance_BR.pdf
30. World Health Organization. WHO's Role and Responsibilities in Health Research: Draft WHO Strategy on Research for Health. Sixty-Third World Health Assembly. A63/22. Geneva: World Health Organization; 2010 [Citado 13 Abr 2013]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_22-en.pdf
31. Gilson L, editor. Health Policy and Systems Research: A Methodological Reader. Geneva: Alliance for Health Policy & Systems Research; 2012 [Citado 13 Abr 2013]. Disponible en: http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/alliancehpsr_reader.pdf
32. Sheikh, K. Building the Field of Health Policy and Systems Research: Framing the Questions. PLoS Medicine. 2011;8(8):24-32.

Recibido: 28 de noviembre de 2013.

Aprobado: 14 de enero de 2014.

Nelcy Martínez Trujillo. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.
Email: nelcynan@infomed.sld.cu