

Reporte

Evaluación de la Red de Políticas Informadas por Evidencias (EVIPNet)

Período Agosto 2010-Diciembre 2013

Evelina Chapman

Coordinadora EVIPNet Américas

OPS-OMS



Índice

	Página
1.0 Resumen ejecutivo	3
2.0 Antecedentes	4
3.0 ¿Qué es la EVIPNet y como se estructura ?	5
4.0 La EVIPNet en las Américas	6
5.0 ¿Cómo trabajamos?	7
6.0 Objetivo del reporte	8
7.0 Marco de la evaluación	8
7.1 ¿Que es la transferencia de conocimientos para la EVIPNet?	10
8.0 Procesos, productos/ resultados	10
8.1 Procesos/capacidades	10
8.2 Productos/resultados	11
8.3 Otros productos	13
9.0 Impacto	14
9.1 Macropolíticas	14
9.2 Políticas municipales	16
9.3 Políticas nacionales	17
10.0 Otros insumos	18
10.1 Período 2010-2011	18
10.2 Período 2012-2013	19
11.0 Pendiente	19
12.0 Financiamiento	20
13.0 Desafíos	21
14.0 Agradecimientos	21

1.0 Resumen ejecutivo

Antecedentes: La EVIPNet surge en respuesta a las brechas que existen en el uso de resultados de investigaciones en la toma de decisiones a nivel de programas, políticas y también legislaciones. La EVIPNet Américas se inició formalmente en 2007. Actualmente, en los países en los cuales se viene desarrollando tiene equipos multidisciplinarios con base en los ministerios de salud, con diferente estructura, con modalidades locales en los procesos de transferencia de conocimiento, ya sea por los temas de política que aborda o por el tiempo de respuesta dichos problemas. Algunos equipos funcionan autónomamente, otros todavía necesitan consolidarse. En Agosto de 2010 la iniciativa se encontraba con algún proceso en desarrollo en Brasil, Paraguay, La Frontera EU/México y Trinidad y Tabago y con un documento de política terminado en Brasil y Paraguay.

Objetivo del reporte: informar sobre la gestión de la iniciativa EVIPNet en las Américas, su estructura, los procesos desarrollados, resultados destacados e impacto. Abarca el periodo de trabajo de desde Agosto de 2010 hasta Diciembre de 2013.

Marco de la evaluación: Para evaluar la red se tomaron algunos aspectos metodológicos incluidos en un marco de referencia llamado *marco de recuperación de inversión* (The Payback Framework).

Resultados: En Diciembre de 2013 doce países se encuentran en ejecución de la iniciativa y diez con documentos de política finalizados, incluyendo diálogos deliberativos para facilitar la implementación local.

Procesos/capacidades: Desde Agosto de 2010 a Diciembre de 2013 se desarrollaron 21 talleres de la EVIPNet involucrando a 700 personas entre decisores e investigadores, principalmente.

Productos: Desde Agosto de 2010 a Diciembre de 2013 se finalizaron 14 resúmenes de evidencias para políticas y 10 diálogos deliberativos. Algunos de ellos todavía se encuentran en etapa de publicación, revisión y traducción.

Otros productos: También fue necesario generar evidencia para la formulación de políticas relacionadas con temas de ambiente y desarrollo sostenible y para los pueblos indígenas, desde la Oficina Sanitaria Panamericana de la OPS. Se finalizaron cinco documentos de síntesis para la formulación de políticas regionales y dos en se encuentran en proceso. También se realizaron actividades de difusión, diseminación y otras publicaciones.

Impactos: se muestra distintos impactos en escenarios de macropolíticas, de política subregional, política nacional y municipal.

Conclusión: Es posible elaborar políticas informadas por evidencias con impactos medibles en todos los niveles. Se necesita la decisión y el compromiso de llevarlas adelante, estructuras de país sólidas y equipos comprometidos que faciliten los procesos de transferencia e intercambio de conocimientos entre decisores e investigadores y la sociedad en general.

2.0 Antecedentes

En 2004 en México, durante la reunión de ministros de salud de todos los países se planteó que sigue habiendo grandes obstáculos para conseguir los ODM en muchos países de bajos y medianos ingresos; que la investigación tiene un papel decisivo, aunque insuficientemente reconocido en su rol de fortalecimiento de los sistemas de salud; que se necesitan sistemas nacionales de salud sólidos para brindar intervenciones de atención sanitaria a fin de alcanzar estos objetivos relacionados con la salud; y que la investigación de alta calidad se ve facilitada cuando cada país tiene un sistema nacional de investigación sanitaria sólido, transparente y sostenible ^{1,2}.

Después de la cumbre de México, la OMS en su informe mundial sobre conocimiento para mejor salud propone poner mayor énfasis en traducir el conocimiento en acciones para mejorar la salud pública para acortar la brecha entre lo que sabemos y lo que de hecho hacemos³. También se mencionó que la formulación de políticas mal fundamentadas es una de las razones por las cuales los servicios no estarían cubriendo a los más necesitados y explicaría en parte por qué los indicadores de salud se salen de sus límites esperados. También sería la causa de que muchos países con ingresos bajos no logren alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud ni los objetivos de salud nacionales prioritarios ².

Como respuesta a estas brechas surge la red de políticas informadas en evidencias (EVIPNet) a nivel global en 2005 y en las Américas en 2007.

Como refuerzo a estas iniciativas se aprobó la política de investigación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2009 y allí se expresó que es importante que la organización se siga basando en el conocimiento. La política también propicia a que existan en todos los países de las Américas sistemas nacionales de investigación sanitaria sólidos y sostenibles y que los datos de investigación constituyan una piedra angular de todas las actividades encaminadas a lograr el nivel más alto de salud, equidad y desarrollo⁴. En 2010, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la estrategia OMS sobre investigaciones en pro de la salud y propone entre sus objetivos intensificar los vínculos entre las políticas, la práctica y los productos de investigación⁵.

¹ The Mexico statement on health research. Knowledge for better health: strengthening health systems. The Ministerial Summit on Health Research, Mexico City, November 16-20, 2004.

² Hamid M, Bustamante-Manaog T, Truong VD, Akkhavong K, Fu H, Ma Y, Zhong X, Salmela R, Panisset U, Pang T. EVIPNet: translating the spirit of Mexico. Lancet. 2005 Nov 19;366(9499):1758-60.

³ WHO. World Report on knowledge for better health. Strengthening health systems . Geneva, 2004.

⁴ Política de la OPS sobre investigación para la salud. 2009. Disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1414&Itemid=931&lang=en. Con acceso 14 diciembre 2013.

⁵ Estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud. 63.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. A63/22, Punto 11.19 del orden del día provisional 25 de marzo de 2010. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_22-sp.pdf. Con acceso el 14 de diciembre 2013.

En 2012, el Comité Ejecutivo Global de la EVIPNet aprueba su plan estratégico que guiará el trabajo de la red hasta 2015 ⁶.

En 2013 la Organización Mundial de la Salud publicó su informe “Investigaciones para una cobertura sanitaria universal” donde nuevamente se enfatiza el rol de la investigación (tanto producción como uso) en la mejora de la salud e incluye además un objetivo mas amplio como es el desarrollo humano⁷.

3.0 ¿Qué es la EVIPNet y como se estructura ?

EVIPNet es una red social compuesta por y dirigido por personas e instituciones de todo el mundo. La red opera en tres diferentes niveles y muy entrelazados. ⁶

En primer lugar se encuentran los equipos en los países conformados por actores clave, como son los responsables políticos y gestores del sistema de salud, investigadores y la sociedad civil, para trabajar juntos una variedad de actividades y programas. El trabajo fundamentalmente consiste en definir problemas prioritarios para el país o una localidad y elaborar los resúmenes de evidencias para políticas (REP). Estos resúmenes diseñados en formato amigable describen toda la evidencia relevante sobre arreglos de gobernanza, de provisión de servicios o arreglos financieros que se necesitan para opciones de política planteadas, como así también las consideraciones para su implementación. La segunda actividad relevante de estos equipos es convocar a diálogos deliberativos sobre el mismo documento de políticas en donde se pone en juego, además de las evidencias científicas, los conocimientos tácitos, opiniones y experiencias de los que serán involucrados o afectados por esas decisiones. ⁶

En segundo lugar, estos equipos de país interactúan con otros a nivel regional intercambiando experiencias, procesos, documentos de política y fundamentalmente el desarrollo de metodologías innovadoras y nuevos enfoques. En las Américas esta interacción ocurre a través de talleres en los cuales se involucran grupo de países o por ejemplo a través de pasantías entre países. Las regiones de la EVIPNet global comprenden África subsahariana, las Américas, Asia, el Mediterráneo Oriental y este año inició en Europa.

En tercer lugar esta el nivel global con sede en Ginebra que trabaja para armonizar y apoyar a los países a nivel regional. Su rol fundamental es la gobernanza de la red, la coordinación del Comité Ejecutivo global y el grupo de recursos de los cuales, las Américas forman parte. ⁶

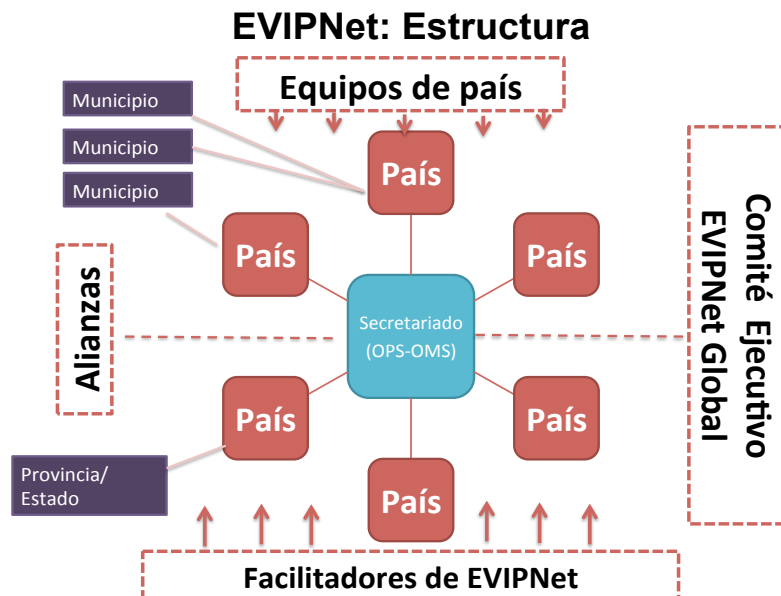
⁶ EVIPNet Strategic plan 2012-2015 WHO. Disponible en: <http://www.who.int/evidence/OMSEVIPNetStratPlan.pdf>. Con acceso el 14 de diciembre de 2013.

⁷ Investigaciones para una cobertura sanitaria universal.. OMS. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf. Con acceso el 14 de diciembre de 2013.

4.0 La EVIPNet en las Américas

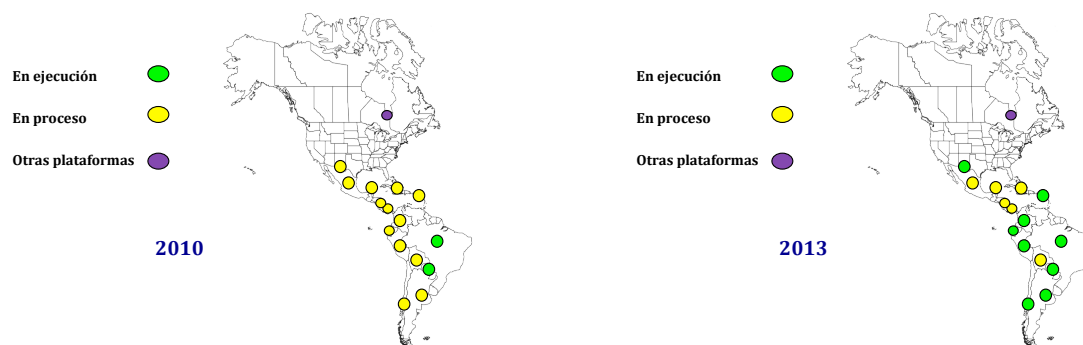
La red en las Américas tiene equipos de país con diferentes estructuras y diferentes procesos de transferencia de conocimiento, ya sea por los temas de política que aborda o por el tiempo de respuesta dichos problemas. Algunos países como Brasil están ampliando la red de EVIPNet dentro del país y de manera descentralizada a través de la instalación de núcleos de evidencias en Municipios y Estados apoyados por la EVIPNet y BIREME. Algunos equipos funcionan autónomamente, otros todavía necesitan consolidarse. Existen socios que contribuyen al fortalecimiento de la EVIPNet en las Américas como la Universidad de Mc Master (Dr John Lavis) o la Universidad Católica de Chile (Dr Tomas Pantoja). Muy importante mencionar el grupo de recursos de la EVIPNet Américas. Ellos son profesionales que cumplen el rol de facilitadores en los talleres de formación de capacidades de la red y también como revisores pares de los documentos para políticas y diálogos deliberativos que se producen. Algunos de ellos también están (estamos) contribuyendo al desarrollo de la red en otras regiones de la OMS, como EVIPNet Europa. Por ultimo y como ya fue mencionado, la región de las Américas tiene también su representación en el Comité Ejecutivo Global desde donde se diseñan las principales orientaciones estratégicas. (Figura 1)

Figura 1: Estructura de la EVIPNet Américas en 2013



A la fecha, la EVIPNet se encuentra en ejecución en 10 países; algunos están más activos que otros. En la figura 2 se puede apreciar además como estaba la red a mediados de 2010 y como se encuentra a diciembre de 2013.

Figura 2: Estado de ejecución de la EVIPNet en las Américas*. Comparativo 2010-2013



* En proceso se define como haber expresado interés en ingresar a la red o haber participado en capacitaciones con la metodología de la EVIPNet o tiene documentos de política en desarrollo. En ejecución se define como país que solicitó incorporar la EVIPNet y que además tiene finalizado al menos un documento de política.

5.0 ¿Cómo trabajamos?

Trabajamos principalmente con procesos de transferencia de conocimientos, facilitando la interacción entre investigadores y tomadores de decisión, propiciando la utilización de resultados de investigaciones en la formulación políticas, programas y leyes. La EVIPNet es el articulador de este proceso de intercambio mutuo y ojalá, sostenido.

Un paso fundamental es estructurar un equipo sólido en el país, u otro nivel subnacional, con representación de las partes directamente interesadas y claves al proceso, como son las autoridades sanitarias o sus representantes, los consejos de ciencia y tecnología, la comunidad académica y de investigación y la sociedad civil. Ese equipo debe ser liderado por los ministerios de salud. Aunque se prevé que todos los equipos de EVIPNet sigan las pautas pre-establecidas, el modelo de organización de cada país debe ser relevante al contexto del país y adaptarse a las necesidades y recursos locales.

La fase de planificación se hace entre 8 a 12 meses. Cada equipo propone un plan de trabajo para el cual el secretariado de EVIPNet en la OPS presta el apoyo técnico necesario. El trabajo para la fase de planificación se concentra en tres ámbitos:

1. Conformación de equipos: Designación de los miembros apropiados y consolidación del equipo interdisciplinario.
2. Creación del proyecto: Definir los objetivos y crear un plan de trabajo que tenga en consideración los intereses locales.
3. Recursos: Asignar los recursos necesarios o disponibles para el establecimiento de la red propuesta.

La fase de ejecución necesita aproximadamente 5 años. Los equipos de EVIPNet deben ejecutar las actividades propuestas y siempre con la ayuda activa del secretariado en OPS y un grupo de apoyo internacional llamado grupo de recursos de EVIPnet. Este apoyo se realiza hasta que los equipos adquieran sus propias habilidades y sean sostenibles. Durante esta fase, se espera desarrollar capacidades que faciliten la interacción entre investigadores y decisores a través de procesos de búsqueda, selección, evaluación, adopción y adaptación de evidencias pertinentes a las necesidades de los decisores y a los problemas prioritarios definidos conjuntamente para el diseño e implementación de políticas sanitarias.

Los procesos que se esperan al incorporar la estrategia de EVIPNet van desde la priorización del problema (que necesita el abordaje de una política o programa), la elaboración del documento que servirá de herramienta principal en el proceso de transferencia de conocimiento (resumen de evidencias para políticas), los diálogos políticos que ponen a deliberación el documento de política, la implementación y la repetición de ciclos basados en las evaluaciones.

En Agosto de 2010 la iniciativa se encontraba con algún proceso en desarrollo en los siguientes sitios: Brasil, Paraguay, La Frontera EU/México y Trinidad y Tobago y con un documento para política terminados, solo Brasil y Paraguay.

6.0 Objetivo del reporte

El objetivo de este reporte es informar sobre la iniciativa EVIPNet en las Américas, como se fue estructurando, los procesos desarrollados, algunos resultados e impactos incipientes tomando como base un marco de evaluación específico. El periodo que abarca es Agosto de 2010 hasta Diciembre de 2013.

7.0 Marco de la evaluación

Teniendo en cuenta que la EVIPNet tiene su razón de existencia como respuesta a las brechas que existen de uso de investigación para la toma de decisiones a nivel de programas, políticas y también en legislaciones, y que nació en las Américas en 2007, se asume que ya debía tener algunos resultados e impacto para mostrar. El periodo que se analiza es desde Agosto de 2010 hasta la Diciembre de 2013.

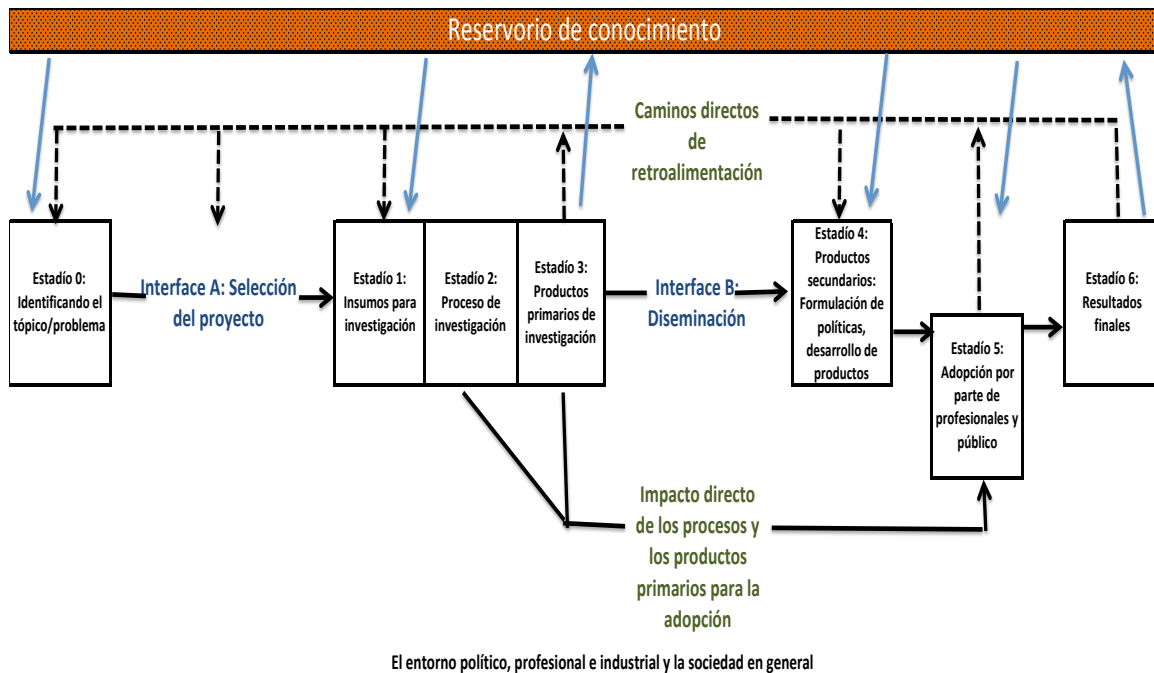
Para evaluar la red se tomaron algunos aspectos metodológicos y categorías incluidas en un marco de referencia llamado el *marco de recuperación de inversión* (The Payback Framework)⁸

El *marco de recuperación de inversión* es una herramienta de análisis multidimensional que utiliza un modelo lógico sobre los procesos de investigación y un sistema de clasificación para los beneficios de la investigación (Figura 3). El modelo lógico muestra el flujo de investigación hacia

⁸ Hanney SR, Grant J, Wooding S, Buxton MJ. Proposed methods for reviewing the outcomes of health research: the impact of funding by the UK's 'Arthritis Research Campaign'. Health Res Policy Syst. 2004 Jul 23;2(1):4.

productos y resultados, mientras que el de categorías aborda los impactos en el conocimiento, la capacidad de investigación; la toma de decisiones, la salud, y los beneficios socio-económicos. Estas categorías se mueven desde la investigación hacia la transferencia/traducción para la sociedad y pueden capturar productos de interés para diferentes audiencias. Cuando se utiliza el término evaluación del impacto, generalmente implica que existe un intento específico para tratar de determinar si los cambios observados en los resultados pueden atribuirse a una política o un programa específico.

Figura 3: Modelo de marco de recuperación de inversión. Adaptado de Hanney et al (2004)



A pesar que el tiempo de desarrollo de la EVIPNet Américas es todavía corto, y más aún en este horizonte de evaluación de tres años, hubo procesos que en su conjunto se les puede atribuir resultados y algunos impactos. Los procesos fundamentalmente están marcados por la construcción de capacidades y la necesidad producción de investigación para la formulación de políticas. En este proceso no solo intervinieron los equipos de la EVIPNet en los países sino también actores clave dentro de la misma Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), principalmente el Secretariado de EVIPNet. Asumiendo que las evaluaciones de impactos pueden ser más informativas si se incluye una evaluación del proceso, en esta evaluación se informan ambos y con algunos ejemplos.

7.1 ¿Qué es la transferencia de conocimientos para la EVIPNet?

Es importante conceptualizar la transferencia de conocimientos para las políticas en el marco de la EVIPNet. Se trata de “procesos dinámicos e iterativos que incluyen la síntesis, disseminación, intercambio y aplicación del conocimiento, con el fin de mejorar la salud de la población, otorgar servicios y productos de salud más efectivos y fortalecer el sistema de salud”^{9, 10}. Cabe aclarar que este proceso se realiza en un complejo sistema de interacciones entre investigadores y tomadores de decisión y que puede variar en intensidad, complejidad y nivel de compromiso, dependiendo de la naturaleza de los resultados de la investigación y las necesidades de las audiencias específicas. A esto podemos agregar que la comunidad y sociedad civil también puede formar parte de estos procesos de manera que lo hace más participativo y representativo de los intereses de los grupos involucrados en determinadas políticas de salud. Particularmente la EVIPNet habla de “Plataformas de traducción de conocimiento” en donde además del proceso mismo de transferencia e intercambio entre investigadores y decisores existen deliberaciones a través de diálogos para una mejor implementación de políticas informadas para la salud.

Tomando el modelo de marco de recuperación de inversión se muestran primero los procesos, productos y resultados y a continuación lo que estaría bajo “categorías” en donde se abordan: impactos en el conocimiento, la capacidad de investigación, la toma de decisiones, la salud, y los potenciales beneficios socio-económicos (todavía prematuro para medir). Estas categorías se mueven desde la investigación hacia la transferencia/traducción para la sociedad y pueden capturar productos de interés para diferentes audiencias, como ocurrió por ejemplo, con el resumen de evidencias para políticas sobre "Agua y saneamiento" tal cual se muestra en el proceso de construcción de política (Figura 4).

8.0 Procesos, productos/ resultados

8.1 Procesos/capacidades

Desde Agosto de 2010 a Diciembre de 2013 se desarrollaron 21 talleres de la EVIPNet involucrando a muchos países y 700 personas fueron capacitadas o sensibilizadas entre decisores e investigadores, fundamentalmente. La duración de cada taller fue de 4 días en promedio y en su gran mayoría formulados y ejecutados por la coordinación de la EVIPNet en la OSP. Se muestran en detalle en la tabla 1 y algunos enlaces de acceso a dichas actividades. En la mayoría de ellos se realizó evaluación y consistentemente se encontró como positivo lo novedoso de la metodología y la necesidad de difundirla para la elaboración de políticas informadas por evidencias y como negativo, su corta duración y la necesidad de adquirir mas herramientas.

⁹ Straus S, Tetroe J, Graham I eds. Knowledge Translation in Health Care. Moving Evidence to Practice. Wiley-Blackwell & BMJ Books:Chichester, 2009.

¹⁰ Wilson MG, Lavis JN, Travers R, Rourke SB. Community-based knowledge transfer and exchange: helping community-based organizations link research to action. Implement Sci. 2010 Apr 27;5:33.

Tabla 1. Desarrollo de procesos: talleres

Lugar del taller	Número de equipos de países participantes	Decisores e investigadores participantes	Fecha
Chile	8	35	mar-11
Ecuador	1	10	ago-11
La Frontera EU/México	2	40	dic-11
Colombia	1	29	feb-12
México (La Frontera)	1	45	mar-12
Chile	1	33	may-12
Brasil + OIPSS ^a	1	42	jun-12
Colombia	1	43	jun-12
Colombia (Cartagena) ^b	5	6	nov-12
Brasil (Brasilia)	1	35	dic-12
El Paso (EUA)	1	15	dic-12
Costa Rica (COMISCA&Proyecto Health Focus/GIZ)	5	40	abr-13
Santa Cruz de la Sierra (Bolivia) Encuentro Internacional sobre Etnias, Pueblos Indígenas, y Construcción de Evidencias en Salud. ^b	9	40	may-13
OPS, Washington DC. Taller sobre revisiones sistemáticas y el uso de evidencia para la práctica y la política.	OPS sede WDC	20	jun-13
Recife (Brasil)	1	30	jun-13
San José (Costa Rica)	1	30	jul-13
Taller para ajuste de las guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana ^c	1	20	ago-13
Brasilia (Brasil) ^d	1	90	oct-13
Taller estratégico. Brasilia (Brasil)	1	24	nov-13
Taller Buenos Aires (Argentina) ^b	1	43	nov-13
Seminario EVIPNet Belo Horizonte (Brasil) ^d	1	30	dic-13
	44^e	700	

a Observatorio iberoamericano de políticas y sistemas de salud (Argentina, Colombia, Paraguay, Portugal, España, Perú, Uruguay, Chile); b Taller de sensibilización; c Ocho organizaciones nacionales e internacionales y de Gobierno, d Actividad sin la presencia del secretariado de EVIPNet OPS-WDC; e Algunos países se repiten.

8.2 Productos/resultados

Desde Agosto de 2010 a Diciembre de 2013 se finalizaron 14 resúmenes de evidencias para políticas (Evidence brief for policy). Algunos de ellos todavía se encuentran en etapa de publicación, revisión y/o traducción. Algunos ya están disponibles en la [Web](#). (Tabla 2).

Tabla 2. Desarrollo de productos: resúmenes de evidencias para políticas (REP)

Título del resumen de evidencias para políticas	País	Fecha
Atividade física e prevenção/controla da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde (APS). Núcleo de Evidências em Saúde da SMS de Piripiri	Brasil	2010
Mortalidad perinatal	Brasil	2010
Management and Rehabilitation Services for Sexually abused young persons under 18 years old in Trinidad and Tobago.	Trinidad & Tobago	2011
Rol de la Atención Primaria de Salud en el abordaje integrado para el manejo de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles	Paraguay	2011
Financing options for the treatment of rare diseases in Chile	Chile	2011
Strategies to increase the distribution and adherence to micronutrient Powder in 6-36 month old children in Peru.	Perú	2011
Intervenciones dirigidas a disminuir el abandono a tratamiento antituberculoso.	Perú	2011
Prevenção e controle da Dengue no espaço urbano. Núcleo de Evidências em Saúde da SMS de Piripiri	Brasil	2011
Reducción de la mortalidad materna en Ecuador: Opciones de política para mejorar el acceso a atención materna calificada y de calidad	Ecuador	2012
Reduciendo la mortalidad perinatal en Brasil.	Brasil	2013
Opciones de Política Enfocadas al Conductor para Prevenir Muertes y Lesiones Causadas por Incidentes de Tránsito en Ciudad Juárez, México.	Frontera EU-MEX. OPS	2013
Opciones de Política Mejorar el Acceso a los Servicios de Salud Mental a Través del Fortalecimiento de la Atención Secundaria	Frontera EU-MEX. OPS	2013
Opciones de Política para Promover la Inclusión de los Jóvenes en Situación de Vulnerabilidad a la Vida Productiva de Ciudad Juárez	Frontera EU-MEX. OPS	2013
Opciones de Política para Prevenir el Acoso Escolar en Ciudad Juárez.	Frontera EU-MEX. OPS	2013

En el mismo periodo también se desarrollaron 10 diálogos deliberativos. (Tabla 3)

Tabla 3. Desarrollo de productos: diálogos deliberativos

Diálogos deliberativos sobre los siguientes resúmenes de evidencias para políticas	Año
Políticas de distribución de agua y saneamiento, derechos humanos, salud pública y equidad. Republica Dominicana.	2010
Políticas de distribución de agua y saneamiento , derechos humanos, salud pública y equidad. Guatemala.	2011
Políticas de distribución de agua y saneamiento, derechos humanos, salud pública y equidad. Brasil	2012
Uso de pesticidas en salud publica para el control de vectores de 5 enfermedades: Chagas, malaria, dengue, Leishmaniasis y filariasis. Guatemala	2011
Intervenciones para prevención de lesiones en motociclistas. WDC	2011
Políticas para mejorar la adherencia al tratamiento antituberculoso en Perú.	2011
Políticas para mejorar la adherencia a micronutrientes en niños menores de 2 años en Perú.	2011
Management and Rehabilitation Services for Sexually abused clients under 18 years old in Trinidad.	2011
Políticas de acceso a medicamentos de alto costo para enfermedades raras.	2011
Políticas de acceso al recurso humano de calidad para la atención de mujeres embarazadas de zonas rurales en Ecuador.	2011
Política para disminuir la mortalidad perinatal en Brasil.	2013

8.3 Otros productos

También fue necesario generar evidencia cuando no la hubo. Por ejemplo, formulación de políticas relacionadas con temas de ambiente y desarrollo sostenible; políticas para mejorar el acceso a servicios de salud de los pueblos indígenas o estrategias para disminuir los procesos de judicialización de la salud en la región. Este trabajo inter-programático y transversal en la OSP se traduce en los siguientes documentos de síntesis para la formulación de políticas regionales:

- 1) Agua y saneamiento desde el punto de vista de derechos humanos, equidad y salud publica.
- 2) Uso de pesticidas en salud pública para control de vectores de 5 enfermedades.
- 3) Políticas públicas sobre prevención de accidentes por motocicletas.
- 4) Políticas para prevención de daño en la salud por el consumo de drogas ilícitas.

suficientemente la etiología. A pesar de ello igualmente plantearon la necesidad de generar opciones para su abordaje de modo tal que se inicio el desarrollo del documento de política. Una de las opciones fue dar mayor visibilidad al problema y ubicarlo en la más alta agenda política subregional. Después del taller, el secretariado de la EVIPNet participó de la [Conferencia](#) internacional sobre ERCnT en el Salvador en la cual se presentaron las distintas investigaciones que se vienen realizando en los países de la región. Al final de la conferencia se realizó una reunión de alto nivel sobre ERCnT de la cual surge la Declaración de San Salvador. A partir de allí el ministerio de salud de El Salvador solicita el apoyo político a la directora de la OPS en nombre de los países de la COMISCA. Se elabora un documento conceptual y la Resolución para ser presentada ante el 152 Comité Ejecutivo en Junio 2013 lográndose la aprobación para consideración por parte del 52 Consejo Directivo. La Resolución CD52/R10 fue aprobada por los Estados Miembros en Octubre de 2013. A la fecha se esta trabajando en los compromisos asumidos por la OSP y se esta iniciando la elaboración del plan de acción a través de un grupo de trabajo (*task-force*). Este es un ejemplo de cómo se puede generar una política subregional - todavía incipiente - con opciones que están marcando el camino para su abordaje (Figura 5).

Figura 5. Ejemplo de construcción de política Sub regional a partir de problemas comunes.



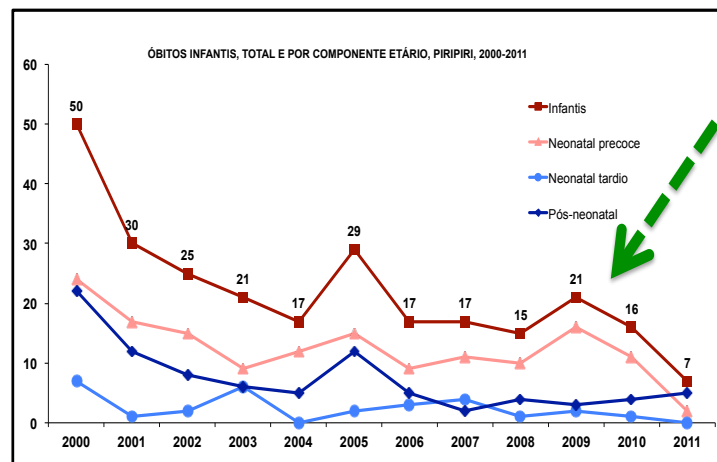
9.2 En políticas municipales

El caso del Municipio de Piripiri en Brasil es un excelente ejemplo de cómo se puede usar la evidencia científica para la construcción de políticas locales. El municipio se encontraba con situación de mortalidad perinatal elevada. Entre 2004 y 2009 tenían indicadores de mortalidad estancados o en aumento. (Figura 6)

Entre los problemas detectados se encontró baja calidad en la atención del parto, recursos humanos poco capacitados, falta de uso de protocolos y guías de atención, etc.

Se realizaron arreglos tanto a nivel de provisión de servicios como de política para la atención perinatal. Las intervenciones fueron múltiples pero se consideró que la inclusión de recurso humano adecuado, la capacitación en servicio y fundamentalmente a enfermería en reanimación del recién nacido, podrían ser las intervenciones que mayor impacto podrían haber tenido. El plan del Municipio es sostener las opciones ejecutadas e ir incorporando aquellas de política que se escribieron en su resumen de evidencias para políticas y fueron discutidas en diálogos deliberativos.

Figura 6. Momento de la incorporación de las opciones (flecha verde). Las muertes infantiles (línea roja) están en números absolutos. Fuente Municipio de Piripiri, Brasil



Planificación a final de 2009

-----> Implementación de opciones en 2010

Impacto 2011

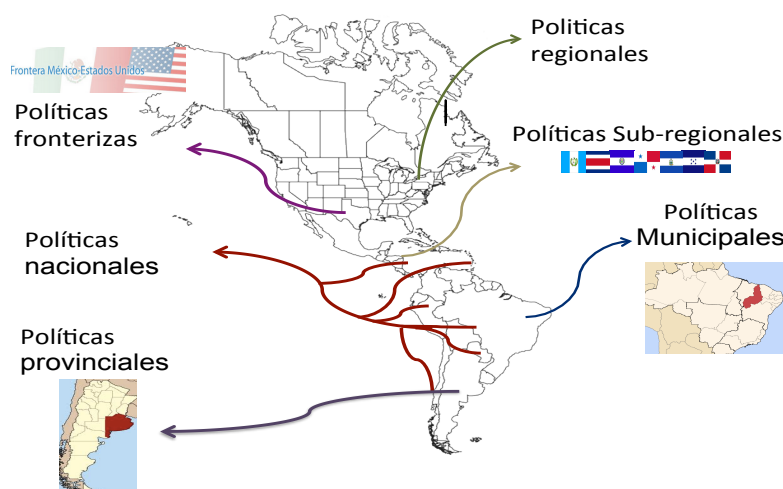
El impacto se puede observar con más detalle en la figura 6 en donde se observa la disminución de muertes infantiles a expensas de las muertes neonatales, fundamentalmente.

9.3 En políticas nacionales

El caso de uso de mecanismos de respuesta rápida por parte de equipos nacionales es probablemente el primer impacto a nivel de política nacional que podemos mostrar. Perú es uno de los países que mejor ha trabajado esta metodología y el ex - [ministro de salud](#) de ese país lo expresa muy bien en un video que en si mismo nos muestra el valor que le da un decisor al uso de la evidencia para dar respuesta a problemas críticos y urgentes como la incorporación de anticoncepción de emergencia. El otro ejemplo fue la discusión sobre el ingreso de organismos genéticamente modificados (OGM). Gracias a la incorporación de las evidencias para abordar este problema, el Congreso Peruano ha emitido una moratoria de 10 años en la introducción de OGM en el país tras una cuidadosa consideración de sus implicaciones para la agricultura, el medio ambiente, y la salud pública. Esta decisión política fue influenciada no sólo por la movilización social y comunicados de prensa escritos por líderes de opinión sino que el propio ministerio de salud también tomó posición sobre el tema basándose en un informe técnico realizado por el equipo de EVIPNet en Perú referido al uso de alimentos genéticamente modificados y las evidencias científicas sobre el tema. Perú no solamente ha trabajado mecanismos de respuesta rápida sino que el equipo de la EVIPNet formulo también políticas relevantes y a largo plazo relacionadas por ejemplo, para mejorar la adherencia al tratamiento para la tuberculosis o políticas para mejorar la adherencia a los multimicronutrientes en polvo para disminuir la anemia ferropénica en niños menores de 2 años.

La figura 6 se muestra la diversidad de elaboración de políticas informadas por evidencias en la región desde el punto de vista del alcance territorial de las mismas. El desafío no es solo elaborarlas sino monitorearlas y seguirlas en el tiempo para medir sus impactos en la salud y publicar los procesos.

Figura 6: distintos escenarios de formulación de políticas informadas a través de la EVIPNet en la región de las Américas.



10.0 Otros insumos

Difusión y diseminación de la EVIPNet dentro del periodo de esta evaluación que pueden haber contribuido a fomentar y fortalecer los procesos de transferencia de conocimiento.

10.1 Período 2010-2011

Conferencias/seminarios/congresos

1. Conferencia sobre la EVIPNet. [Honduras](#), Septiembre 2010.
2. Presentación de la Red de Políticas Informadas por Evidencias. Guatemala, 2011.
3. Conferencia central en el Seminario Internacional sobre Salud “Innovación: desafíos y oportunidades” durante la Expouniversidad 2011 en Medellín, Colombia: “Redes EVIPNet para apoyar la formulación de políticas y toma de decisiones”.
4. Co-coordinación del taller sobre la EVIPNet durante el Coloquio de la Colaboración Cochrane en España 2011: “Using systematic reviews to inform policymaking: the experience of evidence-informed policy networks (EVIPNet) in the Americas”
5. Participación de la reunión del [Comité Asesor](#) de Investigaciones en Salud y presentación de los avances de la EVIPNet en las Américas y de una metodología innovadora para la determinación de brechas de investigación y priorización para alcanzar el ODM5.(2011)

Publicaciones

6. Artículo de fondo en el [Boletín PIE Número 5](#).: Luis Gabriel Cuervo y Evelina Chapman: La red de políticas informadas en evidencia en las Américas (EVIPNet Américas).
7. Elaboración y/c Contribución a [informes](#) de talleres de la EVIPNet

Medios

8. Video de Expouniversidad 2011 en Medellín sobre los aspectos innovadores de EVIPNet y su contribución para la formulación de políticas sólidas en salud. [Universidad de Antioquia- Expouniversidad](#): Evelina Chapman-- YouTube
9. Co-Producción de videos EVIPNet (HSS&KMC) y entrevista a Ministro de Salud de Perú.
10. Se reformuló la pagina Web de la [EVIPNet](#).
11. Se grabó presentación formal de EVIPNet en un [Power Point](#) animado
12. Se elaboró y realizó [entrevista](#) a Coordinador de EVIPNet mundial para la WEB de EVIPNet. Otras entrevistas.

13. Co-Producción entrevistas realizadas en [Chile](#) marzo 2011

10.2 Período 2012-2013

Conferencias/seminarios/congresos

Facilitador en el [Foro Internacional](#) de políticas de salud informadas por evidencias para países de bajos y medianos ingresos en Etiopía.

Presentaciones [presenciales](#) y virtuales de EVIPNet para países de las Américas y otras regiones.

Otras presentaciones difundiendo la EVIPNet y fundamentalmente en las Américas ([1](#), [2](#), [3](#), [4](#), [5](#), [6](#))

Publicaciones

14. Contribución a las Guías del Supporting the Use of Research Evidence ([SURE](#))
15. Contribución al [plan](#) estratégico de la red EVIPNet.
16. Contribución a la generación de evidencias con publicaciones en revistas indizadas ([publicacion1](#), [publicación 2](#), [publicación 3](#))
17. Contribución a los REP de la región; algunos con coautoría ([Ejemplo](#)) y otros como revisor ([Ejemplo](#)).
18. Folleto [EVIPNet](#) Américas
19. Presentación [informe](#) de EVIPNet Américas 2010-2012.

Recursos

Contribución al desarrollo de la Biblioteca [Virtual](#) de la EVIPNet.

11.0 Pendiente

Para 2014 se espera finalizar los siguientes resúmenes de evidencias para políticas:

Tabla 4: Resúmenes de evidencias para políticas pendientes de finalizar/iniciar (2013-2014)

Resúmenes de evidencias para políticas	País	Fecha
Opciones de política para desarrollar habilidades para la vida en niños y jóvenes a fin de prevenir la violencia en Ciudad Juárez.	La Frontera México Estados Unidos para Ciudad Juárez	2013-14
Resumen de la evidencias sobre el impacto de la cajetilla como medio de publicidad para el consumo de cigarrillo en la población general	Colombia	2013-14
Políticas sobre publicidad de alimentos para niños en Colombia	Colombia	2013-14
Políticas sobre promoción, publicidad y patrocinio de consumo de tabaco en Colombia	Colombia	2013-14
Política de bebidas saludables en niños y niñas escolares para la prevención de obesidad infantil	Colombia	2013-14
Gestión clínica, la coordinación de la red de salud	Chile	2012-13
Cuidado de la salud de las personas con enfermedades crónicas	Chile	2012-13
Asignación de recursos para la atención de la salud	Chile	2012-13
Política para disminuir el consumo de crack en población brasilera	Brasil	2013-14
Política para la reducción de muertes maternas y near miss	Brasil	2013-14
Política para disminuir la deficiencia de vitamina A	Brasil	2013-14
Estrategias para abordaje de enfermedad renal crónica de las comunidades agrícolas de Centro América	Países de la COMISCA	2013-14

12.0 Financiamiento de la red

La mayor parte de los procesos y productos de la EVIPNet fueron financiados con recursos de los ministerios y las oficinas de OPS en los países de la región. Contribuciones importantes fueron las de aliados estratégicos como la Universidad Católica de Chile y de las instituciones mencionadas en la sección de agradecimientos. También en algunos talleres se conto con soporte financiero de ONG's (Ver 7.1). Cabe mencionar que ningún facilitador de la red percibió remuneración alguna por las numerosas horas de docencia, tutorías o revisión de documentos de políticas. La movilización de la coordinación de la EVIPNet en la OSP para todas las actividades de formación de capacidades significaron erogaciones mínimas por parte de la OSP. Muchas de ellas, fundamentalmente actividades pre y post talleres, fueron seguidas a través de recursos en línea (Illuminate).

13.0 Desafíos

- Expandir la EVIPNet en la región.
- Propiciar la sostenibilidad de la coordinación en la OSP y de los equipos de país.
- Continuar desarrollando capacidades a través de distintas modalidades.
- Fortalecer el trabajo regional, el financiamiento de la red, incorporar la estrategia de EVIPNet a otras iniciativas que también usan la evidencia dentro de los propios ministerios de manera articulada como por ejemplo, evaluación de tecnologías sanitarias, programas de Guías, etc.
- Continuar evaluando la EVIPNet
- Reunir a los equipos de país en una reunión presencial

13.0 Agradecimientos

- Al grupo de recursos de EVIPNet Américas y especialmente a:

Ábalos Edgardo, Lorely Ambriz, Abdala Verónica, Barreto Jorge, García Diéguez Marcelo, Lozano, Juan Manuel, Ortiz Zulma, Pantoja Tomas, Peñaloza, Blanca, Soto Mauricio, Souza Nathan.

- Al soporte técnico-científico y político para el avance de la red en las Américas, especialmente a:

Panisset Ulysses (Coordinador de la EVIPNet global desde la Organización Mundial de la Salud)

Lavis John (Universidad de Mc Master, Canadá)

Comité Ejecutivo Global de la EVIPNet

Andy Oxman (Norwegian Knowledge Centre for the Health Services)

- A los representantes de la OPS en los países y fundamentalmente a los puntos focales de HSS de cada país involucrado con la EVIPNet.
- A los departamentos de la Oficina Sanitaria Panamericana que facilitaron la elaboración de algunas evidencias para la formulación de políticas en la región (puntos 7.3 y 9.0) con especial mención de Luis Galvao. También a mis colegas Ludovic Reveiz, Eleana Villanueva, Luis Cuervo y Carla Saenz por sus aportes técnicos e ideas para mejorar y expandir la EVIPNet.
- A las entidades que propiciaron el desarrollo de capacidades desde los inicios de la iniciativa: la Colaboración SUPPORT, al Supporting the Use of Research Evidence (SURE) y al Mc Master Health Forum, centro colaborador de la OMS para políticas informadas por evidencias.

