

## 43<sup>o</sup> CONSELHO DIRETOR 53<sup>a</sup> SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 24 a 28 de setembro de 2001

---

Tema 4.16 da agenda provisória

CD43/28 (Port.)  
30 julho 2001  
ORIGINAL: INGLÊS

### RELATÓRIO DO COMITÊ ASSESSOR DE PESQUISAS EM SAÚDE

A XXXVI Reunião do Comitê Assessor de Pesquisas da OPAS (CAIS) foi realizada de 9 a 11 de julho de 2001 em Kingston, Jamaica. Entre os diversos temas da Agenda, se destaca a discussão dos resultados de vários projetos de pesquisa multicêntricos apoiados pelo Programa de Subvenções de Pesquisa da OPAS (PSI): “Desigualdades no estado de saúde, acesso e utilização dos serviços de saúde”, “Saúde, bem-estar e envelhecimento na América Latina e no Caribe (SABE)”, “Análise por gênero do comportamento alimentar e do exercício no Caribe” e “Avaliação da qualidade dos serviços de radiodiagnóstico em cinco países latino-americanos”. O CAIS reconheceu a importância destes projetos, não somente porque proporcionam informação original sobre temas de alta relevância para a saúde pública da Região, mas também por seu enfoque interdisciplinar e pelo processo através do qual foram desenvolvidos, que permitiu o estabelecimento de redes de colaboração entre os diversos grupos participantes. Os membros do CAIS fizeram comentários e recomendações com relação a aspectos metodológicos dos projetos, e sobre os meios e instrumentos para a disseminação de seus resultados visando à sua utilização no estabelecimento de políticas de saúde.

Durante a reunião também foram discutidas estratégias para uma melhor utilização dos resultados das pesquisas no processo decisório em saúde, com base em estudos e reuniões realizadas pela OPAS sobre este tema. Também foram discutidas estratégias e atividades de cooperação da OPAS no campo da pesquisa em sistemas e serviços de saúde e um plano de trabalho para atividades futuras nesta área. Como em reuniões anteriores, examinaram-se as atividades do PSI e as atividades de promoção da pesquisa no âmbito global realizadas pela OMS. Uma sessão foi dedicada a analisar a situação da pesquisa no Caribe; além de dados e indicadores sobre a infra-estrutura e a produção científica, foram apresentados diversos projetos de pesquisa em andamento sobre temas de relevância para a sub-região. Esta sessão foi uma excelente oportunidade de intercâmbio entre os membros do

CAIS, os pesquisadores e as autoridades do Caribe. Os membros do CAIS elaboraram uma proposta preliminar para a realização de um evento científico em comemoração do centenário da OPAS, que deverá coincidir com a reunião do CAIS em 2002.

Este tema é apresentado para informação do Conselho Diretor. Anexa-se o relatório completo desta Reunião.

Nota: O relatório está disponível somente em inglês e espanhol. Em anexo, encontra-se a edição em espanhol.

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**  
*Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la*  
**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

**CAIS 36/2001.13**  
**Original: English**



**XXXVI REUNIÓN DEL COMITÉ ASESOR DE INVESTIGACIONES EN SALUD**

Kingston, Jamaica - 9-11 de Julio 2001

**INFORME AL DIRECTOR**

Coordinación de Investigaciones en Salud  
**División de Salud y Desarrollo Humano**  
Washington, D.C., Julio 2001

---

La Organización Panamericana de la Salud se reserva todos los derechos. El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido, reproducido o traducido totalmente o en parte, sin autorización previa, a condición de que se especifique la fuente y de que no se use para fines comerciales. Las opiniones expresadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la Organización Panamericana de la Salud ni de los Gobiernos Miembros.

# ÍNDICE

## Página

<b>I. RESUMEN DE LAS PRESENTACIONES .....</b>	<b>1</b>
I.1. SESIÓN DE APERTURA: .....	1
<i>I.1.1- Palabras del Dr. Jorge Allende, Presidente del CAIS.....</i>	<i>1</i>
<i>I.1.2- Palabras del Dr. George A.O. Alleyne, Director de la OPS .....</i>	<i>1</i>
<i>I.1.3- Palabras del Ministro de Salud, Hon. John A. Junor, MP .....</i>	<i>1</i>
I.2. CONFERENCIA: AVANCES EN EL ESTUDIO DE LOS DETERMINANTES DE SALUD.....	2
I.3. PRESENTACIÓN DE LA AGENDA.....	2
I.4. LA INVESTIGACIÓN EN LA OMS.....	3
I.5. PROYECTO MULTICÉNTRICO: “MACRODETERMINANTES DE LAS INEQUIDADES EN SALUD” .....	3
I.6. PROYECTO MULTICÉNTRICO: “SALUD, BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO (SABE)” .....	5
I.7. INVESTIGACIÓN EN SALUD EN EL CARIBE DE HABLA INGLESA.....	7
I.8. PROYECTO MULTICÉNTRICO: “ANÁLISIS POR GÉNERO DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y DE EJERCICIO EN EL CARIBE”.....	9
I.9. ESTRATEGIAS PARA LA UTILIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN CIENTÍFICA EN LA TOMA DE DECISIONES PARA LA EQUIDAD DE SALUD.....	11
I.10. INFORME DEL PROGRAMA DE SUBVENCIONES.....	13
I.11. PROYECTOS SOBRE “EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE RADIODIAGNÓSTICO”.....	14
I.12. COOPERACIÓN TÉCNICA EN INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD .....	16
<b>II. DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>18</b>
II.1 CONFERENCIA: AVANCES EN EL ESTUDIO DE LOS DETERMINANTES DE SALUD.....	18
II.2 LA INVESTIGACIÓN EN LA OMS .....	18
II.3 PROYECTO MULTICÉNTRICO: “MACRODETERMINANTES DE LAS INEQUIDADES EN SALUD” .....	19
II.4 PROYECTO MULTICÉNTRICO: “SALUD, BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO (SABE)” .....	19
II.5 LA INVESTIGACIÓN EN SALUD EN EL CARIBE DE HABLA INGLESA.....	20
II.6 PROYECTO MULTICÉNTRICO: “ANÁLISIS POR GÉNERO DE COMPORTAMIENTOS ALIMENTARIOS Y DE EJERCICIO EN EL CARIBE”.....	20
II.7 ESTRATEGIAS PARA LA UTILIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN CIENTÍFICA EN LA TOMA DE DECISIONES PARA LA EQUIDAD DE SALUD.....	20
II.8 INFORME DEL PROGRAMA DE SUBVENCIÓN DE INVESTIGACIONES (PSI).....	21
II.9 PROYECTO SOBRE “EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE RADIODIAGNÓSTICO”.....	22
II.10 COOPERACIÓN TÉCNICA EN INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD.....	22
II.11 EL CENTENARIO DE LA OPS.....	22
II.12 RECOMENDACIONES GENERALES.....	24
II.13 COMENTARIOS FINALES.....	24

# **Informe de la XXXVI Reunión del Comité Asesor de Investigaciones de la OPS (CAIS)**

9-11 de julio de 2001, Jamaica

## **I. RESUMEN DE LAS PRESENTACIONES**

### **I.1. Sesión de Apertura:**

#### **I.1.1- Palabras del Dr. Jorge Allende, Presidente del CAIS**

El Dr. Allende expresó su gratitud por la invitación al CAIS para que hiciera su reunión en Jamaica. Se trata de una buena oportunidad para que el Comité se informe mejor acerca de los esfuerzos realizados por el país para promover la investigación y mejorar el estado de salud de su pueblo. Recordó los objetivos del CAIS, señalando su importancia como un foro para el intercambio de ideas acerca de los adelantos de la investigación y acerca de los retos que los países de la Región tienen por delante. Remarcó que hay mucho que celebrar durante el centenario de la OPS y que la mejor conmemoración sería asesorar al Director acerca de cómo hacer para que los beneficios de la ciencia puedan llegar a todos, particularmente a los pobres.

#### **I.1.2- Palabras del Dr. George A.O. Alleyne, Director de la OPS**

El Dr. Alleyne también expresó su gratitud al pueblo y al gobierno de Jamaica por la invitación. Señaló la importancia de tener las reuniones del CAIS todos los años, así como la importancia de hacer las reuniones en los países para promover las interacciones entre el CAIS y los científicos y autoridades locales. Recalcó la importancia del enfoque multidisciplinario del CAIS a los problemas de salud. La investigación es un componente clave de la cooperación técnica de la OPS, la cual está orientada a promover la equidad y el panamericanismo. Destacó la importancia de la colaboración entre los investigadores en la Región y los esfuerzos realizados por la OPS para promover esta colaboración, así como los esfuerzos que ésta viene realizando para fortalecer las capacidades de investigación de los países y para promover la investigación en temas estratégicos como el de las relaciones entre la salud y el crecimiento económico.

#### **I.1.3- Palabras del Ministro de Salud, Hon. John A. Junor, MP**

Después de agradecer los saludos, el Hon. Junor recalcó la importancia de la investigación para superar problemas de salud tales como el VIH/SIDA, las enfermedades crónicas, la organización de los sistemas de salud, y otros enfrentados por los países del Caribe. La investigación en todas esas áreas es importante para guiar las políticas con miras a una mejor utilización de los escasos recursos. La investigación es importante para apoyar nuevos modelos de prestación de atención de salud y para promover los cambios de conducta. Llamó la atención hacia la alta tasa de prevalencia de infección por el VIH/SIDA en Jamaica, la segunda más alta del Caribe, con grave repercusión sobre las tasas de mortalidad. Dijo que sabemos qué hacer, pero el reto es

cómo hacerlo y por eso la investigación es tan importante en esta área. La investigación es también muy importante para mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios. Destacó la importancia de intensificar los nexos entre las universidades y el Ministerio de Salud y citó algunos proyectos de investigación promovidos por el Ministerio en particular en el área de los cambios de conducta y los recursos humanos. Finalmente encomió a la OPS por su labor en la promoción de la investigación y la salud en los países de las Américas.

### **I.2. Conferencia: Avances en el estudio de los determinantes de salud**

Esta conferencia fue hecha por el Dr. Ichiro Kawachi, del Centro para la Salud y la Sociedad de la Universidad de Harvard. El Dr. Kawachi presentó los resultados de varios estudios que revelan que el crecimiento económico y los gastos en atención a la salud no son las únicas variables responsables por la salud y el bienestar de las poblaciones. Los logros de salud están también altamente relacionados con el grado de desigualdad en la distribución de la riqueza. Esto explica por qué países como Costa Rica y Cuba tienen altas expectativas de vida a pesar del hecho de que no se encuentran entre los más desarrollados. Comparó la situación de varios países con relación a los resultados de salud, diciendo que el coeficiente de Gini puede explicar un 25% de la variación de los resultados de salud entre los países y juntamente con el PIB total puede explicar alrededor del 37%.

El Dr. Kawachi llamó la atención hacia la importancia de nuevos enfoques metodológicos como los análisis multi-niveles, para identificar el efecto combinado de las variables individuales y ecológicas, en particular el efecto de la pobreza y las inequidades socioeconómicas en los resultados de salud. Presentó resultados de investigación que indican que la cohesión social y la confianza entre los individuos son importantes mecanismos mediante los cuales las inequidades afectan los resultados de salud. Las inequidades tienden a disminuir la cohesión social y a deteriorar el capital social. Varios estudios revelan que las personas que viven en estados y países con grandes inequidades y bajo capital social tienen menor acceso a bienes públicos como la educación. La participación política sufre la influencia del capital social, así como de las políticas públicas orientadas a promover la equidad. Ejemplos históricos como los del Reino Unido muestran que gobiernos con voluntad política para redistribuir los ingresos y promover la salud tienen a su disposición instrumentos de políticas muy potentes. Finalizó diciendo que la equidad por sí sola es realmente importante cuando se trata de la salud.

### **I.3. Presentación de la Agenda**

La agenda de la reunión fue presentada por el Dr. Alberto Pellegrini Filho, secretario del CAIS y responsable de la Coordinación de Investigaciones de la OPS, HDP/HDR. En primer lugar, destacó la satisfacción de poder someter a la discusión del CAIS los resultados de varios proyectos multicéntricos apoyados por el Programa de Subvenciones de Investigación (PSI), los cuales aportan conocimientos originales sobre temas de alta relevancia para la salud pública de la Región. Estos proyectos tienen importancia, no solamente por sus resultados, sino también por el proceso a través del

cual fueron desarrollados, permitiendo el establecimiento de redes de colaboración entre los diversos grupos participantes. Se espera que el CAIS tenga oportunidad de discutir tanto los resultados de los proyectos, como el proceso de su desarrollo y las implicaciones de los resultados para el establecimiento de políticas.

La agenda contempla también la discusión de estrategias para una mejor utilización de los resultados de la investigación en el proceso de la toma de decisiones en salud, así como una presentación de las actividades de cooperación en el campo de la investigación en sistemas y servicios de salud. En esta reunión, como regularmente se hace, se presentará un informe de las actividades del PSI y de las actividades de promoción de la investigación a nivel global. Como en otras ocasiones donde la reunión del CAIS se hace fuera de la oficina Central, habrá una sesión dedicada a analizar la situación de la investigación en el Caribe, donde los miembros del CAIS podrán ofrecer a los investigadores y tomadores de decisión de la sub-Región sus comentarios y recomendaciones a respecto. La sesión final estará dedicada a la revisión del informe y del cumplimiento de las recomendaciones de la reunión anterior. En esta sesión se discutirá también la programación de actividades para el evento científico de 2002 en conmemoración del centenario de la OPS, el cual deberá coincidir con la reunión del CAIS de ese año.

#### **I.4. La Investigación en la OMS**

Este tema fue presentado por el Dr. Tikki Pang, Coordinador del Programa de Promoción y Cooperación para la Investigación de la OMS (RPC), quien presentó las actividades recientes y futuras de la OMS en el campo de la investigación, particularmente las desarrolladas por RPC. Las principales funciones de este departamento son: abogacía y promoción de la investigación en países en desarrollo y monitoreo de los desarrollos científicos identificando sus implicaciones para la salud, además de funcionar como secretaria del CAIS Global y administrar los Centros Colaboradores y Paneles de Expertos. Entre las principales actividades más recientes están su participación en la organización de la reunión de Bangkok, el concurso de premios de investigación financiados por la Rockefeller y la promoción de redes con el uso de nuevas tecnologías de información y comunicación.

Seguidamente el Dr. Pang analizó el contenido y los resultados de cada una de estas actividades, concentrándose posteriormente en planes futuros, destacando el informe del CAIS Global sobre Genómica y Salud y el Informe 2004 de la OMS, cuyo tema será la investigación en salud, conteniendo una evaluación del desempeño de los sistemas de investigación nacionales.

#### **I.5. Proyecto multicéntrico: “Macrodeterminantes de las inequidades en salud”**

El Dr. Juan Antonio Casas, Director de la División de Salud y Desarrollo Humano explicó los motivos para esta iniciativa de proyecto multicéntrico, señalando la importancia de las inequidades de salud en la Región. Los resultados de este proyecto fueron presentados por el Dr. Norberto Dachs, del Programa de Políticas Públicas de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano de la OPS. Las inequidades de salud son

un grave problema en las Américas, consecuencia de las grandes desigualdades sociales en la Región, pero la investigación sobre el tema no tiene el desarrollo correspondiente a su importancia. Por otra parte, se ha realizado un gran número de encuestas nacionales de hogares de la Región en la última década, constituyéndose en fuentes confiables, pero poco utilizadas para estudiar las relaciones entre las características socioeconómicas, las condiciones de salud, el acceso, la utilización y el gasto en servicios de atención de salud.

El proyecto multicéntrico buscó superar estas deficiencias, analizando datos de dichas encuestas, particularmente las DHS (*Demographic Health Survey*) y LSMS (*Living Standards Measurements Survey*), combinados con datos de los censos nacionales de cinco países de la Región: Bolivia, Brasil, Colombia, Nicaragua y Perú.

El Dr. Dachs explicó el proceso de elaboración del protocolo de investigación y de selección de los grupos de investigación participantes, así como las actividades de coordinación entre ellos, llamando la atención hacia la importancia de las reuniones, visitas y particularmente los contactos por correo electrónico, a través de los cuales se logró constituir una efectiva red de colaboración.

Para cada país y de forma comparativa, se analizó la distribución de las siguientes variables de acuerdo a los estratos socioeconómicos: gastos del hogar, existencia de problemas de salud en las últimas 4 semanas, interrupción de las actividades debido al problema, búsqueda de atención para el problema, utilización de los servicios de salud públicos y privados, afiliación a seguro, nacimiento de hijos en los últimos 12 meses, cuidado prenatal y parto, déficit de crecimiento de niños menores de 5 años y mortalidad infantil.

Para el estudio de la mortalidad por debajo de los 5 años y del déficit de crecimiento de niños entre 6 y 59 meses, se adoptó un modelo jerárquico, utilizando las siguientes variables: condiciones socioeconómicas y características del hogar, condiciones reproductivas de la mujer, utilización de los servicios, cuidado del niño y morbilidad previa del niño. El modelo logró captar interesantes detalles, como por ejemplo, en el caso del déficit de crecimiento, el hecho de que la educación de la madre es una variable importante, pero en el caso de Bolivia es más importante no ser analfabeta, mientras que en Colombia, que tiene niveles de educación más elevados, lo importante es tener educación más alta que el nivel primario. También para el caso del déficit de crecimiento, la construcción de un modelo de múltiples niveles utilizando datos del censo permitió observar que un “contexto de pobreza” es perjudicial al crecimiento del niño más allá de las variables individuales, observándose también significantes interacciones entre variables de nivel individual y contextual. .

El modelo construido permitió explorar la manera en que los determinantes pueden influenciar la distribución de la mortalidad y del déficit de crecimiento cuando la distribución de estos determinantes se modifica. Se presentaron simulacros modificando la distribución de algunas variables para el caso de Brasil. Finalmente el Dr. Dachs presentó los principales hallazgos en cada país, indicando posibles recomendaciones políticas derivadas de estos hallazgos.

## **I.6. Proyecto multicentrico: “Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)”**

Este proyecto fue presentado por la Dra. Marta Peláez, División de Prevención y Promoción de la Salud de la OPS (HPP). La encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), la primera de este tipo en la Región, buscó estudiar las condiciones de salud de los adultos mayores en las principales zonas urbanas de siete países en América Latina y el Caribe (Argentina, Barbados, Brasil, Cuba, Chile, México y Uruguay). Las encuestas fueron transversales, simultáneas y comparables.

Entre los principales objetivos de SABE se destacan:

- Descripción de las condiciones de salud de los adultos mayores (más de 60 años) respecto a autoevaluaciones de enfermedades crónicas y agudas, discapacidad y deterioro físico y mental, con atención especial a los mayores de 80 años de edad.
- Evaluación de los niveles de limitaciones funcionales y del estado y deterioro cognitivo de la persona.
- Evaluación del acceso y uso que tienen los adultos mayores de los servicios de asistencia de salud.
- Realización de análisis comparativos en los países en lo que se refiere al apoyo familiar, la asistencia pública, el establecimiento médico; y por lo que respecta a los comportamientos relacionados con la salud y la exposición a condiciones de riesgo.
- Evaluación de niveles y patrones de desigualdades en el estado de salud y en el acceso y utilización de los servicios de salud.

*Características de la Población Estudiada:* En todas las ciudades la población de 60 a 74 años de edad supera el 60% del total de entrevistados en cada ciudad, a excepción del Brasil. La proporción de mujeres es mayor que la de hombres en todos los países estudiados, estando en los seis países por encima del 56% (valor mínimo observado para México), mientras que el porcentaje más elevado se registró en Chile, con cerca de 66%. Las mujeres se encuentran en desventaja en los niveles de educación secundaria y superior en las 6 ciudades estudiadas; mientras que en los niveles más bajos, las mujeres tienen porcentajes por encima de los observados para los hombres. Los hombres mayores de 60 años, en todos los países estudiados, tienen mayores probabilidades de estar casados que las mujeres. La relación anterior se invierte cuando se observa la viudez de los entrevistados: las adultas mayores tienen mayores probabilidades de ser viudas que los adultos mayores en todos los países estudiados.

*Estado Cognitivo:* La medición del deterioro cognitivo es una tarea difícil, por la falta de instrumentos apropiados para este fin. En el estudio SABE se seleccionó el “*Minimal State Examination*” (también denominado MMSE), que tiene un sesgo en contra de las personas con un bajo nivel de escolaridad. Utilizando únicamente el MMSE se observó que el deterioro cognitivo de los entrevistados tiene un rango que varía de 0.4% en Montevideo a 7% en México y Santiago. Comparándose estos resultados con la prevalencia promedio de deterioro cognitivo en el mundo se observa que esta se ubica por encima de Bridgetown y Montevideo y por debajo de Santiago, Sao Paulo y México. La

mayoría de los estudios sobre demencia muestran que no hay diferencias en la prevalencia de deterioro cognitivo entre sexos. Sin embargo, en México, Santiago y Sao Paulo se observa que las mujeres tienen una prevalencia de deterioro cognitivo mayor que los hombres, lo que puede ser explicado por la marcada diferencia que existe entre los niveles de educación de hombres y mujeres.

*Situación de la salud:* En todos los países, la proporción de hombres que reportan buena salud es más alta que la proporción de mujeres que lo hacen. Hay que preguntarse si estos datos indican que las mujeres tienen peor salud que los hombres o si las percepciones son diferentes. Si estas cifras reflejan diferenciales reales en el estado de salud se esperaría una mayor mortalidad para las mujeres que para los hombres que, de hecho, no ocurre. Las disparidades por país son grandes y significantes. En la Argentina, dos terceras partes de la muestra reporta estar en buena salud en tanto que en México menos de una tercera parte de las personas mayores lo hacen. Todos los demás países caen dentro de esta escala, con Chile y Brasil más cercanos a México y Uruguay y con Barbados más parecido a la Argentina. Es importante observar que esta autoevaluación es coherente con las expectativas de vida a los 60 años de edad. Comparándose estos resultados con las encuestas hechas en los Estados Unidos, se observa que salvo para la Argentina, las personas mayores de los países de la Región reportan estar en buen estado de salud con mucho menos frecuencia que personas de raza blanca, o los de raza negra de los EU, sin importar el sexo.

*Enfermedades Crónicas:* Entre las personas que padecen de enfermedades crónicas, el valor más alto se encuentra en Buenos Aires y Santiago (35%) y el más bajo en Sao Paulo (30%), con escasa variabilidad según el género. La hipertensión aparece como la enfermedad crónica de mayor prevalencia, por encima del 43% en todos los países. La segunda enfermedad más frecuente es la artritis, que varía de 23% en México a 53% en Buenos Aires. Finalmente, las enfermedades de menor prevalencia son aquellas asociadas al corazón.

*Factores de riesgo y conductas saludables:* con relación al hábito de fumar, las mujeres mantienen en todos los países porcentajes relativamente bajos en comparación con los hombres. El valor más alto se observa para los hombres adultos mayores residentes en la Ciudad de México con 30%, mientras que el más bajo se presenta entre aquellos que viven en Bridgetown con sólo 12%. En contraste, el mínimo es de 2% (en Bridgetown) y el máximo es 10% (en Buenos Aires y Montevideo) para las mujeres. La proporción de individuos de edad mayor que son obesos varía entre el 35% en Montevideo y el 20% en Sao Paulo. Estas cifras son parecidas a aquellas reportadas en los Estados Unidos que tiene un porcentaje de 27%. El porcentaje de mujeres obesas de 60 años para arriba varía entre el 28% en Sao Paulo y el 44% en Montevideo, mientras el mismo porcentaje para hombres varía entre el 9% en Brasil y el 23% en Santiago.

*Estado funcional:* La funcionalidad se define mediante la capacidad que tienen los individuos para realizar las actividades básicas de la vida diaria (abvd) y las actividades instrumentales de la vida diaria (aivd). Entre las primeras se encuentra el bañarse, vestirse, usar el inodoro, movilizarse y alimentarse. Mientras que entre las segundas están las relacionadas a como usar un transporte, poder hacer sus compras, usar el teléfono,

controlar sus medicamentos y realizar las tareas domésticas. En los Estados Unidos, el porcentaje de personas de 65+ que declaran tener dificultad con 1 o 2 abvds es de 6%, mientras en SABE estos valores están entre 13% en Santiago y el 7% en Bridgetown, siendo que para adultos mayores de 75 años, el 21% en Santiago y el 14% en Bridgetown tienen dificultad con 1 o 2 abvd. Cuando se observan las diferencias que existen entre hombres y las mujeres, es evidente el mayor porcentaje mujeres con discapacidad en comparación con los hombres. De las personas que tienen dificultades con 1 o 2 abvd, el porcentaje de hombres varía de 8 a 13%, mientras que el porcentaje de mujeres varía de 11 a 19%. Las adultas mayores de Santiago son las que tienen la mayor proporción de discapacidad física, mientras que las adultas mayores de Bridgetown tienen el menor porcentaje de discapacidad.

Uso y accesibilidad a los servicios de salud: No se encontró ninguna diferencia significativa en el tipo de cobertura pública o privada por sexo. Los adultos mayores reciben mayor atención en el sector público que en el privado independientemente de la edad, a excepción de Montevideo. La mayor parte de los encuestados realizó una consulta médica en los últimos 12 meses. Los adultos mayores de Santiago tienen la menor proporción de consulta y los Bridgetown la más alta, 78% y 93%, respectivamente. Por otro lado, las mujeres son las que tienen los mayores niveles de utilización de servicios en estas poblaciones. Finalmente, las dos razones más importantes para no acudir a los servicios cuando lo necesitaron fueron la falta de transporte en Sao Paulo y el costo de la atención en Buenos Aires, Santiago y México.

### **I.7. Investigación en salud en el Caribe de habla inglesa**

Esta sesión fue coordinada por el Prof. Terrence Forrester quién expresó su satisfacción por la oportunidad que tienen los investigadores del Caribe para interactuar con los miembros del CAIS y presentó a los siguientes conferenciantes:

***Dr. Peter Figueroa, Chief Medical Officer, MS, Jamaica:*** El Caribe de habla inglesa tiene una tradición de investigación muy rica, en particular la llevada a cabo por la UWI en virología, nutrición, epidemiología y otras áreas, así como la descripción temprana de enfermedades como la neuropatía jamaiquina y otras. Recalcó la importancia de estas investigaciones para el desarrollo de políticas y los esfuerzos que hace el Ministerio de Salud para promover la investigación a través de su unidad de investigación. El número de publicaciones por científicos Caribeños ha aumentado en las últimas décadas, aunque la productividad ha descendido. Hay un aumento de la investigación en áreas como el VIH y enfermedades crónicas y una deficiencia en áreas como las de políticas de salud y financiamiento. Concluyó sus comentarios introductorios diciendo que por tradición hay un buen vínculo con las prioridades de salud pero debe hacerse mucho para fortalecer la capacidad de investigación y su financiación, así como para descentralizar la actividad de investigación en toda la subregión.

***Prof. Susan Walker, Instituto de Investigación en Medicina Tropical:*** Presentó un estudio sobre la “salud psicosocial de niños con deficiencia y sin deficiencia de crecimiento”, con énfasis en los efectos de la nutrición sobre la deficiencia del crecimiento. Niños y niñas, 127 con deficiencia y 32 sin deficiencia, fueron asignados a

cuatro grupos para evaluar el impacto de la suplementación alimentaria, de la estimulación, y de la combinación de ambas intervenciones. Los resultados en los grupos experimentales comparados con el grupo testigo, después de dos años fueron muy significativos, tanto en lo que se refiere al crecimiento, como también al desarrollo cognoscitivo, la obesidad, la respuesta al estrés, y la predisposición a la enfermedad. Se mencionaron también estudios que deben desarrollarse en un futuro próximo con esta cohorte.

**Dr. Maureen Sams-Vaughan, Departamento de Salud Infantil, Universidad de las Indias Occidentales (UWI):** Empezó su presentación recalando la importancia de la estimulación temprana y del medio ambiente para el desarrollo del niño. El Departamento de Salud Infantil de la UWI está realizando varios estudios sobre este tema, así como el desarrollo de sistemas de vigilancia y recomendaciones sobre políticas. Los estudios procuran identificar los factores positivos y negativos relacionados con el desarrollo del niño y se hacen en estrecha relación con el Ministerio de Salud. Describió, también, los proyectos en curso, la mayoría de ellos estudios de cohortes sobre las relaciones entre las variables socioeconómicas y el desarrollo y comportamiento del niño.

**Dr. David Picou, director de Investigación del Consejo de Investigación en Salud del Caribe (CHRC):** El Dr. Picou empezó su presentación mencionando algunos antecedentes históricos de esfuerzos individuales de los investigadores del Caribe. Desde la década de 1950, la actividad científica fue institucionalizada con la creación de varias instituciones como la Facultad de Medicina, el CCMRC, el Instituto de Investigación en Medicina Tropical, el TRVL, CAREC, CFNI y otros. El Dr. Picou proporcionó varios ejemplos de los logros de estas instituciones. Los problemas de hoy son la ausencia de una cultura de investigación, la desigualdad entre la dimensión de los problemas y los recursos disponibles y los débiles vínculos entre la investigación y la formulación de políticas. El CHRC es responsable por el apoyo y la coordinación de las investigaciones en salud en el Caribe, proporcionando pequeñas subvenciones y oportunidades de adiestramiento. El CHRC es también un foro importante para la investigación en la Región: cada año, durante los últimos 43 años, se presentan resultados de proyectos de investigación durante sus reuniones. Las áreas prioritarias establecidas en 1997 son: desarrollo de sistemas de salud, recursos humanos, salud de la familia, nutrición, enfermedades transmisibles y no transmisibles, salud mental, y salud ambiental. Las actuales actividades de investigación en la subregión se realizan y financian en forma individual, se desarrollan principalmente en las Universidades e instituciones de investigación de áreas y temas prioritarios, menos de 50% de la producción es publicada, y muy poca es solicitada por el gobierno. Entre las fuentes de financiación, 50% son propias, 74% de la universidad, 7% del gobierno, 11% de las Naciones Unidas, 15% del sector privado, 10% de CHRC. El programa actual del CHRC incluye: desarrollo de un sistema de información de investigación en salud; desarrollo de cultura de investigación, aumento de la capacidad de investigación y movilización de recursos. *Áreas prioritarias:* factores socioeconómicos determinantes de la salud, comportamiento y estilos de vida, inequidades en salud y calidad de vida. Se ha elaborado un Plan de Trabajo para ejecutar este programa, que incluye la movilización de todos los actores interesados y las fuentes de financiación.

*Dr. Elizabeth Ward:* Empezó su presentación llamando la atención hacia la importancia de las lesiones como causa de mortalidad y discapacidad en la subregión, en particular las derivadas de la violencia. Presentó resultados de varios estudios hechos en Jamaica acerca de la prevalencia, y riesgos y factores de protección relacionados con lesiones y violencia, así como la repercusión sobre los costos de la atención de salud. Jamaica está en el proceso de desarrollar un sistema de información de vigilancia de bajo costo para monitorar las lesiones referidas a los hospitales, según su tipo, origen, características de la víctima y del autor, factores de riesgo y lugar de ocurrencia. La violencia representa un 47% de las lesiones que reciben atención médica en los hospitales, 60% son hombres y 20% de los casos son debidos a la violencia en el hogar.

El *Dr. Peter Figueroa* presentó la situación del VIH/SIDA en Jamaica, diciendo que para guiar las políticas sobre este tema se están usando investigaciones cualitativas y cuantitativas. Jamaica tiene la segunda mayor prevalencia de infección por el VIH/SIDA en el Caribe, alrededor de 1-2% en los adultos. La transmisión en gran parte es heterosexual (más de 60%) y hay una alta prevalencia de comportamientos de riesgo. Se ha establecido un programa para promover cambios en el comportamiento, con logros importantes como la reducción de las ETS en general, mayor uso de condones, aumento de conciencia acerca del problema y mayor seguridad en el suministro de sangre. Las políticas relacionadas con este programa deben basarse en los derechos humanos y en nuevos enfoques, tales como, la despenalización del trabajo sexual y la homosexualidad, y la promoción de la educación sexual. La lucha contra el estigma debe ser un componente clave en cualquier intervención. Las políticas deben ser enfocadas hacia los grupos vulnerables como los profesionales del sexo, los prisioneros y los homosexuales.

### **1.8. Proyecto multicentrico: “Análisis por género del comportamiento alimentario y de ejercicio en el Caribe”**

El proyecto fue presentado por el Dr. Fitzroy Henry, Director del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe/OPS (CFNI). En los últimos años en el Caribe se ha venido observando un aumento en las enfermedades crónicas no transmisibles como *cáncer, diabetes, enfermedades del corazón, e hipertensión*, aumentando concomitantemente la carga de los sistemas de atención de salud. Los niveles ascendentes de *obesidad* han sido identificados como el factor contribuyente principal, especialmente en las mujeres. Las intervenciones conductuales, particularmente cambio alimentario y actividad física son las que más se destacan en los programas diseñados para la prevención del cáncer y de las enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, la escasez de investigación sobre los factores psicosociales relacionados con los cambios de comportamiento viene dificultando la elaboración de estrategias adecuadas para el pleno éxito de estos programas.

Uno de los modelos teóricos que ha demostrado tener aplicación en los comportamientos alimentarios y de ejercicios, es el *Modelo Trans-teorético del Cambio de Comportamiento (TTM)* que entiende el cambio de comportamiento como un proceso en etapas, y no como una ocurrencia. Las etapas básicas descritas son: *pre-consideración* (inconsciente o sin pensar en hacer cambios), *consideración* (pensando seriamente en cambiar, pero sin cometerse a la acción), *preparación* (intención de actuar en un futuro

próximo), *acción* (modificación del comportamiento) y *mantenimiento* (prevenir la recaída).

El proyecto multicéntrico coordinado por CFNI y financiado por el PSI utilizó el TTM bajo hipótesis que, en el Caribe, existe una diferencia significativa entre hombres y mujeres en cuanto a la disposición para cambiar de comportamiento, y que los adultos obesos se inclinan más al cambio de comportamiento en lo referente a la ingestión de alimentos sanos y a hacer ejercicio que los adultos no obesos.

Los objetivos del estudio fueron:

- Evaluar y comparar las diversas etapas de disposición entre adultos masculinos y femeninos para aumentar el consumo de frutas y hortalizas, y para adoptar una actividad física en forma regular;
- Examinar la relación entre la etapa del cambio al consumo de frutas y hortalizas y adopción de ejercicio físico con los factores psicosociales entre adultos obesos y no obesos.
- Examinar la influencia de los medios de comunicación sobre percepciones y actitudes en lo referente a los hábitos de adquisición y consumo de alimentos y el nivel de actividad.

A continuación, el Dr. Henry presentó los principales resultados del estudio cualitativo el cual comprendió discusiones de grupos focales realizadas en cuatro países: *Belice, Jamaica, St. Kitts y Nevis, y Trinidad y Tabago* (7 a 9 grupos por país). Las variables según las cuales se seleccionó a los participantes de los grupos fueron: *edad, sexo, grado de obesidad, ubicación residencial y situación socioeconómica*.

El estudio demostró una buena apreciación del concepto de estilos de vida pero no se observó lo mismo con relación a cambio de estilos de vida. La complacencia con los estilos actuales de vida se justificó en función del trabajo, familia y responsabilidades hogareñas. Muchas de las personas aparentemente habían adoptado una cierta complacencia con sus propias situaciones lo que les permitía administrar eficazmente sus vidas. Aparentemente las personas por lo general comprendían y podían enunciar muy claramente lo bueno, pero continuaban con lo malo, sin poder explicar adecuadamente la aparente contradicción.

Normalidad fue descrita principalmente como el estado de comodidad de la persona con el *quién o qué* es, y esto a menudo incluyó a aquellos que en realidad tenían sobrepeso. Las percepciones de adecuación con los modos de vida actuales se relacionaron con las normas culturales y el grupo étnico. “Tener tamaño” y “ser sólido” fueron los estados preferidos en todos los países. Las percepciones masculinas fueron muy importantes para determinar el peso y la forma ideal y muchas mujeres indicaron que se esforzaban para alcanzarlas, aunque los hombres raramente parecían preocuparse por ello, incluyendo su propio tamaño, físico, régimen de ejercicios, o consumo de alimentos. La adopción de estos procesos de cambio tenía más probabilidad de cumplirse

entre mujeres adultas subidas de peso/obesas que entre las que se consideraban normales y/o nunca habían contemplado o justificado una necesidad de cambio para ellas mismas.

El estudio reiteró que el modo de vida general y las pautas de consumo alimentario reflejan las diferencias culturales. Los grupos étnicos de los diferentes países fueron casi claramente trazados en las percepciones, actitudes y comportamientos observados.

El consumo de frutas y hortalizas es restringido por muchas y variadas razones. Aunque las hortalizas están mejor consideradas que la fruta, su acceso es difícil y son poco consumidas por su capacidad limitada para proporcionar la culturalmente necesaria “barriga llena”. La adopción de cualquier actividad física regular fue una tarea decididamente difícil, a menudo calificada como “trabajo”, aunque los participantes del GF necesitaban muy poca o ninguna reiteración externa sobre los beneficios que brinda. Muchas más personas habían intentado participar en un programa regular de ejercicios, en comparación con las que intentaban consumir más frutas y/o hortalizas, pero a menudo el resultado fue un completo o parcial fracaso en su intento de mantenerse en el programa.

Los medios y especialmente la televisión por cable, resultaron ser muy importantes en las percepciones y actitudes actuales de los consumidores, no solamente en lo relacionado con la adquisición de alimentos y los hábitos de consumo, sino también con los patrones de modos de vida considerados por muchos como los causantes del sobrepeso. En este sentido, los pueblos Caribeños parecen a estar en vías de adoptar tanto lo bueno como lo malo de la cultura norteamericana, con mucha posibilidad de un aumento concomitante y similar de los niveles de obesidad. La juventud en todos los países ha estado más expuesta y relativamente más influenciada por los medios de información. Por consiguiente se encontró que la actitud general de este grupo y sus patrones de dieta y ejercicio están muy influenciados por los medios extranjeros.

Con relación al componente cuantitativo, ya se definió la muestra de cada país, se construyó el instrumento de recolección de datos con base en los resultados del estudio cualitativo y se hizo capacitación intensiva de los entrevistadores y los supervisores en cada país. Se seleccionó a una persona entre 18-65 años de edad en cada hogar para la entrevista por el entrevistador adiestrado. Actualmente la recopilación de datos está casi 50% completa. Los datos se están siendo ingresados en el software SPSS y el análisis preliminar está en marcha.

### **I.9. Estrategias para la utilización de la información científica en la toma de decisiones para la equidad de salud**

Este tema fue presentado por el Dr. Ulysses Panisset, de la Coordinación de Investigaciones, División de Salud y Desarrollo Humano de la OPS (HDR/HDP), que empezó destacando que del mismo modo que otros temas de salud, la toma de decisiones para promover la equidad en salud requiere el uso constante de las pruebas científicas. Sin embargo, existen una serie de obstáculos para el uso de los resultados de la investigación en salud para la toma de decisiones, los cuales pueden ser clasificados

como obstáculos relacionados con el contexto (p.ej. centralización del poder), el contenido (barreras de lenguaje, tiempo, etc.), con las características de los interesados (práctica de la toma de decisiones sin pruebas, presiones de grupos de intereses, etc.), y proceso (falta de medios apropiados para la difusión de los resultados de investigación). Un obstáculo adicional es la participación del tomador de decisiones y otros interesados solamente al final del proceso de investigación, estando normalmente excluidos de la definición de la agenda de investigación.

La mayoría de las estrategias que se proponen para mejorar la utilización de la información científica para la toma de decisiones se limitan a recomendar una mejor capacitación tanto de los investigadores para "traducir" sus resultados, como del tomador de decisiones para entenderlos, además del uso de expertos de comunicación como intermediarios para la "traducción". Un enfoque diferente se basa en el concepto de "contexto de aplicación", donde se desarrollan interacciones entre investigadores, tomadores de decisiones, usuarios y financiadores para la identificación y formulación de problemas, desarrollo de investigaciones y evaluación/aplicación de sus resultados. La necesidad de desarrollar un contexto de aplicación para mejor utilización de la investigación es particularmente importante en el caso de temas complejos como es la equidad de salud dada la amplia gama de macrofactores determinantes y de actores sociales involucrados.

Seguidamente, el Dr. Panisset esbozó las diferencias entre dos modos de producción del conocimiento, destacando que en el modo 2, al contrario del modo 1, la investigación se desarrolla básicamente a través de redes de colaboración con agendas definidas, no solo por el investigador, sino en el ámbito de las interacciones propiciadas por el contexto de aplicación. Para ayudar a promover la creación y el fortalecimiento de los contextos de aplicación para la investigación en salud en América Latina y el Caribe, la Coordinación de Investigación de la OPS ha diseñado la estrategia de cooperación denominada DECIDES (Democratizando el Conocimiento y la Información para el Derecho a la Salud) que aprovechando las oportunidades abiertas por las nuevas tecnologías de comunicación e información, busca multiplicar las interacciones y la colaboración entre investigadores, profesionales de la salud, tomadores de decisiones, ciudadanos, periodistas, legisladores y otros actores sociales. La plataforma tecnológica que permite la operacionalización de esta estrategia es la Biblioteca Virtual en Salud y específicamente la BVS/Ciencia y Salud, actualmente en construcción.

El Dr. Panisset presentó el informe de un taller organizado por HDP/HDR con el objetivo de discutir instrumentos para facilitar el uso de la información científica en el proceso de toma de decisiones, coherentes con el concepto de contexto de aplicación. El taller, que tuvo lugar en junio de 2001 en Cuernavaca, México contó con la presencia aproximadamente ochenta participantes de varios países de América Latina y el Caribe así como de los Estados Unidos, Canadá y Gran Bretaña. El programa se dividió en tres fases diferentes. La primera constó de conferencias y paneles que introdujeron un marco conceptual acerca de la equidad de salud y la relación entre la investigación y la toma de decisiones. En esta fase participaron estudiosos del tema y autoridades como el Dr. Julio Frenk, Sir Donald Acheson, Sally McIntyre, Ichiro Kawachi, George Kaplan y otros.

En la segunda fase hubo discusiones en grupo y sesiones plenarias para analizar las implicaciones políticas de resultados de los proyectos de investigación sobre el tema equidad en salud patrocinados por la OPS, así como el proceso a través del cual se desarrollaron estos proyectos. Las discusiones en grupo simulaban la interacción potencial del contexto de aplicación, contando con la participación de investigadores, tomadores de decisión, periodistas, representantes de organizaciones de la sociedad civil, de organizaciones internacionales y otros actores.

La tercera y última fase del taller, también constó de grupos de discusión y sesiones plenarias para discutir las experiencias Cochrane, Campbell y del Observatorio boliviano para la Equidad de Salud en el contexto de DECIDES y de la BVS. Después de describir cada una de estas iniciativas, el Dr. Panisset concluyó indicando que el taller confirmó la madurez existente en la Región para implantar y expandir iniciativas de ese tipo en el marco de *DECIDES* y de la BVS y destacó las principales conclusiones y recomendaciones, entre ellas:

- El establecimiento de centros de excelencia en por lo menos 2 países de la región como experiencias piloto para auspiciar una combinación de Cochrane/Campbell/Observatorio de Equidad de Salud, teniendo como plataforma tecnológica la BVS;
- La organización de talleres en los dos países seleccionados con la finalidad de desarrollar redes de instituciones como universidades, centros de investigación, organismos gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil para apoyar la ejecución de Cochrane/Campbell/Observatorio de Equidad de Salud;
- La promoción de una mejor divulgación de la información científica en salud al público en general, apoyando a los CONACYTs, Ministerios de Salud y sociedades científicas para hacer, con ese propósito, mejor uso de tecnologías como la Internet.

#### **I.10. Informe del Programa de Subvenciones**

Este informe fue presentado por la Dra. Rebecca de los Ríos, de la Coordinación de Investigaciones, División de Salud y Desarrollo Humano de la OPS (HDR/HDP), quien empezó explicando que el informe del PSI de este año tiene un enfoque un tanto diferente, pues además de exponer los resultados de la gestión del PSI en el año 2000, se concentra en el balance de los resultados que han generado los proyectos financiados entre 1996 y el 2000. Este formato busca atender a una recomendación del CAIS de evaluar el impacto del Programa.

En relación a los *Proyectos Multicéntricos*, de 1996 a 2000, el PSI ha financiado un total de cinco proyectos multicéntricos movilizando la participación de 30 centros de investigación de la Región en 23 países, con un financiamiento directo a proyectos por un monto US\$ 1.335.000. Estos proyectos permitieron la conformación de redes de colaboración entre centros e investigadores de la Región en temas relevantes de salud pública.

Con relación a los *Concursos Regionales de Investigación*, entre 1996 y 2000 y en coordinación con los Programas Técnicos, el PSI realizó cinco concursos regionales de investigación, financiando un total de 22 proyectos en 15 países de la Región, con un financiamiento directo a proyectos por un monto de US\$ 690.000. En cuanto al *Programa de Investigación y Capacitación en Salud Pública*, en el período 1995-2001, se han financiado un total de 51 investigadores de 16 países de América Latina y el Caribe, colaborando con el Programa un total de 23 instituciones de seis países. El PSI ha contribuido con un financiamiento de casi un millón de dólares a este programa en el período en mención, monto que no incluye las contrapartes y el financiamiento que han colocado las instituciones receptoras de los investigadores. En el ámbito de este programa se hicieron acuerdos de colaboración con varias instituciones para financiar y dar apoyo técnico a los candidatos seleccionados, destacándose entre ellas el Instituto Carlos III de España, los NIH de los USA, la Universidad de Harvard y RELAB.

El *Programa de Tesis de Postgrado en Salud Pública* presenta excelentes resultados. Desde 1997 se han financiado un total de 49 proyectos de 16 países, con una asignación directa de US\$ 500.000. Del total de proyectos financiados, 31 han sido tesis doctorales, 15 de ellas de candidatos inscritos en programas en el exterior. De los 21 proyectos financiados entre 1997 y 1998, para el año 2000 ya habían concluido un total de 18 proyectos; y a la fecha, de 49 aprobados han concluido 28, siendo que la gran mayoría de estos ya ha defendido su tesis y cerca de 50% han publicado los resultados en revistas científicas nacionales e internacionales.

Seguidamente la Dra de los Ríos informó sobre las actividades de diseminación de resultados, particularmente a través de la Serie de Documentos Técnicos *Investigaciones en Salud Pública*, que cuenta con 33 números en varios idiomas y está disponible en línea, en textos completos, en la Página Web de OPS/Programa de Subvenciones. Para concluir, reiteró que las modalidades del PSI orientadas a la formación e intercambio de investigadores fueron bastante exitosas y que se pretende ampliar los acuerdos especiales con instituciones para la formación avanzada de investigadores en el exterior. En cuanto a las modalidades orientadas a la producción de conocimientos (multicéntricos y concursos), es evidente el rol que las mismas han cumplido en la conformación y articulación de redes de centros y de investigadores en diferentes áreas temáticas, siendo, sin embargo, motivo de preocupación que la presentación de resultados de proyectos aprobados hace más de dos años todavía no sean del dominio público. Finalmente destacó que el informe del PSI tan sólo refleja el balance de los resultados de un relativamente pequeño fondo de subsidios a la investigación y que no da cuenta de todo el esfuerzo de promoción y apoyo a la investigación que realiza la OPS a través de sus Divisiones, Programas Técnicos y Centros Panamericanos.

### **I.11. Proyectos sobre “Evaluación de calidad de los servicios de radiodiagnóstico”**

Este proyecto fue presentado por la Dra. Caridad Borrás, de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS, que comenzó su presentación con un resumen de las orientaciones estratégicas para la cooperación técnica de la OPS en

esta área, desarrolladas por el programa de radiología (HSE/RAD) establecido en los años cincuenta. Debido a los altos costos, muchos servicios de radiología en América Latina y el Caribe están inapropiadamente equipados, atienden de manera inadecuada, poseen insuficiente mantenimiento y operan sin considerar los riesgos de la exposición a la radiación para la salud del personal y de los pacientes. Los resultados son diagnósticos deficientes, pérdida de suministros como película y productos químicos de procesamiento, equipo inoperable y mayor riesgo de cáncer para los pacientes examinados. HSE/RAD viene estimulando la puesta en práctica de programas de garantía de calidad tanto a nivel nacional como institucional, ofreciendo cursos de adiestramiento y la coordinación de las encuestas nacionales.

En 1999, HSE/RAD y el Programa de Subvenciones para la Investigación promovieron un concurso de investigación sobre la “Evaluación de Calidad de los Servicios de Radiología” y prepararon los términos de referencia para la presentación de los proyectos. Cinco grupos de Argentina, Bolivia, Colombia, Cuba y México fueron seleccionados y contratados, involucrando físicos, médicos y radiólogos de estos países (más de 180 investigadores y profesionales participaron en estos proyectos). Los participantes acordaron realizar también estudios multicéntricos con protocolos e instrumentos comunes.

La mayoría de los servicios de radiología en las Américas se reglamentan desde el punto de vista de la seguridad de radiación, pero no de la eficacia clínica. De todos los exámenes radiológicos de diagnóstico, la mamografía es el que presenta el mayor desafío. No solamente el contraste de los tejidos mamarios es muy pobre, haciendo el diagnóstico radiológico difícil; la glándula mamaria es muy sensible a la radiación, habiéndose establecido relación entre el cáncer y la dosis de radiación. A pesar de estos problemas, la mamografía es la única herramienta de diagnóstico disponible para la detección temprana del cáncer de mama y recientemente se ha confirmado su eficacia en los programas de tamizaje. La finalidad de este componente del proyecto fue elaborar una metodología en la cual indicadores de calidad para los servicios de mamografía podrían correlacionarse con la exactitud de la interpretación radiológica, permitiendo al servicio estudiado establecer prioridades en sus necesidades.

En el estudio participaron un total de 19 establecimientos conteniendo 20 equipos de rayos X mamográficos. Todos los establecimientos estaban autorizados a operar por la autoridad normativa en seguridad radiológica y/o el ministerio de salud. La dosis glandular promedio fue calculada a partir de mediciones “ion-chamber” “entrance-exposure”. La calidad de la imagen fue determinada por “fantasmas” que simulan mamas y calificando las películas clínicas por su adecuación de proyección, cuidado al rotular la película, posición del paciente, contraste, y artefactos. En cada país, paneles de radiólogos locales reconocidos como expertos por las sociedades radiológicas nacionales calificaron las películas de pacientes y evaluaron la exactitud del diagnóstico realizado por el médico/radiólogo del establecimiento. Películas de 369 pacientes fueron incluidas en el estudio.

Entre un 60 y 90% de los sistemas pasaron en las pruebas de desempeño del equipo, en lo que se refiere al equipo de rayos X, el receptor de imagen, el procesador y

el cuarto oscuro. La evaluación de calidad de la imagen usando el “fantasma” de ACR fue aceptable para casi 80% de los sistemas. El dispositivo que en la mayoría de los casos no logró cumplir con las normas fue el *vieBanco Mundialox*. Otras deficiencias encontradas en el equipo fueran el control de exposición automático de las unidades de mamografía y el procesador de película. En las películas clínicas, los ítems de peor desempeño fueron la posición del paciente y la rotulación de la película. La coincidencia en el diagnóstico entre el panel de expertos y el establecimiento varió de un 15% a 100%. Se observó que esta cifra dependía de la experiencia del médico/radiólogo del establecimiento. Las discrepancias en el diagnóstico fueron resueltas mediante el arbitraje de expertos adicionales o por la biopsia.

A pesar de los problemas detectados en el equipo mamográfico, estos parecieran no repercutir significativamente en la capacidad de los médicos/radiólogos para lograr un diagnóstico. Desde el punto de vista de prioridades, los negatoscopios (“*vieBanco Mundialoxes*”) y los procesadores de película--pero especialmente los negatoscopios--requieren atención inmediata. Los negatoscopios representan la unidad de equipo menos costosa en el departamento de mamografía. Todos menos un negatoscopio en los 19 departamentos probados debe cambiarse; y la repercusión sobre la calidad de la imagen y la exactitud de la interpretación radiográfica, debe ser nuevamente evaluada.

La Dra. Borrás finalizó su presentación destacando que el proyecto de investigación tuvo una importante repercusión que en último término debe contribuir a mejorar los servicios de radiología en América Latina. El proyecto permitió reunir a investigadores de países en diferentes etapas de desarrollo, los cuales se beneficiarán del intercambio de información y experiencias. El proyecto promovió la colaboración entre físicos y radiólogos y las autoridades nacionales de varios países ya están considerando la posibilidad de implementar o de cambiar sus normas con base en los resultados del país respectivo.

### **I.12. Cooperación técnica en Investigación en Sistemas y Servicios de Salud**

Este tema fue presentado por el Dr. Daniel López Acuña, Director de la División de Organización de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS (HSP), que empezó diciendo que en los dos últimos años, HSP ha concentrado su atención en la investigación, buscando aumentar el enlace entre la investigación y la toma de decisiones y fomentando la investigación como un insumo vital de la cooperación técnica en el desarrollo de sistemas y servicios de salud. Se definieron tres objetivos a largo plazo: el reorientar las prioridades de investigación en conformidad con las necesidades del usuario; formar capacidad de investigación en áreas prioritarias y mejorar los vínculos entre la investigación y los procesos decisorios.

Las actividades llevadas a cabo hasta la fecha, objeto de este informe, forman parte de una *Fase Inicial*, la finalización de la cual se caracterizó por un Taller previo a la Cumbre de las Américas en abril, 2001. Los resultados esperados de esta Fase Inicial fueron: establecer la intención de la División de comprometerse activamente en este campo; aumentar la visibilidad del problema de la baja utilización de ISSS en ALC y

sensibilizar al propio personal de HSP sobre la importancia de promover más y mejor la investigación.

Seguidamente el Dr. López Acuña presentó las actividades desarrolladas en esta primera fase desde agosto de 1999, las cuales dieron énfasis al diagnóstico de situación de la ISS en la Región, establecimiento de alianzas estratégicas con instituciones de relieve en el campo, organización de reuniones y publicaciones. En lo que se refiere a la evaluación de los resultados de esta primera fase, en la comunidad de instituciones que proporcionan subvenciones para la investigación y las ejecutan, la presencia de HSP en el campo ha sido notada y ha producido asociaciones y alianzas, destacándose las relaciones con CIID, la Alianza para la Política y la Investigación de Sistemas de Salud y la Red del Cono Sur. La serie de reuniones que HSP ha patrocinado ha aumentado la atención al tema de la baja utilización de la ISSS. El personal de HSP tanto en Washington como en los países ha desarrollado un creciente interés por promover la investigación.

Al diseñar la próxima fase del trabajo, HSP ha planeado un programa escalonado de dos partes. El primer nivel se centrará en mejorar el uso de la investigación. El segundo procurará producir más y mejor investigación sobre áreas clave de la cooperación técnica de HSP. Ambos requieren también un tercer tipo de acción, consistente en mantener las relaciones públicas en curso y una estrategia de financiamiento para apoyarlas.

En cuanto a la función de “traducción”, deberán ser llevadas a cabo las siguientes estrategias y líneas de acción: exámenes periódicos de la investigación en campos específicos; producción de documentos de síntesis de investigación; organización de orientaciones de política en formatos adaptados a grupos específicos de usuarios; convocación de posibles usuarios de la investigación para discutir los resultados de la investigación e identificar las nuevas necesidades de investigación; desarrollar capacidad para usar la investigación; identificar o crear unidades dentro de los organismos de toma de decisión para hacer la transferencia de resultados de la investigación al tomador de decisiones y para comunicarse con los investigadores sobre necesidades emergentes de investigación.

En lo que se refiere a la promoción de la investigación en áreas clave de la cooperación técnica de HSP se necesitan mayores esfuerzos para aprovechar los mecanismos internos de financiamiento y para buscar financiamiento para la investigación. Las asociaciones entre HSP y otras organizaciones bi- y multi-laterales así como otros tipos de instituciones, son críticas para el financiamiento y dotación de personal a las iniciativas de investigación. Con el CIID se desarrollaron las versiones iniciales de un plan de acción conjunto para los próximos dos a tres años. Además de los fondos que la OPS y el CIID pueden contribuir como dinero semilla, la intención es buscar financiamiento complementario externo.

## II. DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES

### II.1 Conferencia: Avances en el estudio de los determinantes de salud

El Comité felicitó al Dr. Kawachi por su brillante conferencia y formuló algunas observaciones, la mayoría de ellas indicando nuevos temas para explorar en estudios futuros:

- Se necesitan estudios adicionales para evaluar cómo la tecnología médica, la calidad y el tipo de atención médica así como la calidad ambiental, influyen en las relaciones entre las desigualdades socioeconómicas y el estado de salud de los países y de los grupos de población;
- También son necesarios estudios adicionales para comprender los logros de salud de países como Cuba y Costa Rica y para identificar los mecanismos mediante los cuales la distribución de los ingresos y el capital social se afectan mutuamente;
- En los estudios adicionales deben ser usados otros indicadores de resultados de salud además de los de esperanza de vida y mortalidad infantil;
- Deben realizarse estudios adicionales para comprender cómo las inequidades de salud afectan al crecimiento económico;
- Finalmente, para la mayoría de los países de la Región el crecimiento económico es todavía el reto más importante y desde el punto de vista de los resultados de salud no debe haber ninguna contradicción entre las políticas orientadas a promover el crecimiento y aquellas dedicadas a promover una mejor distribución de riqueza.

### II.2 La Investigación en la OMS

Con relación al Informe sobre la Salud en el Mundo acerca del desempeño de los sistemas de investigación en salud, el CAIS señaló que el informe debe aprovechar las enseñanzas aprendidas del último informe sobre el Desempeño de Sistemas de Salud. Debe desarrollarse un amplio proceso de consulta que incluya no solo a investigadores, sino también a formuladores de políticas y otros actores; debe prepararse lo más pronto posible un documento con los objetivos y metodología del informe para este proceso de consulta; el informe no debe limitarse a un ejercicio de autoevaluación, debiendo incluir orientaciones para la acción; debe evitarse el “*ranking*” de los países, así como las comparaciones de sistemas con diferentes objetivos; el informe debe ser muy cuidadoso sobre la calidad y fuente de los datos y debe realizarse un esfuerzo para recolectar datos de difícil acceso pero importantes como ser los gastos hechos por el sector privado en los países en desarrollo –particularmente por las empresas farmacéuticas; Dado que los sistemas de investigación en salud son, al mismo tiempo, parte de los sistemas de salud y de los sistemas de investigación y desarrollo, el enfoque de la evaluación no debe estar restringido a una definición rígida de los sistemas de salud; una evaluación de cómo y en que grado la investigación se traduce en políticas y llega a lo diversos interesados debe

ser un componente importante del informe. Finalmente, a pesar de la importancia del informe, el Comité entiende que no debe consumir la mayor parte del tiempo y de los recursos de RPC;

Con relación al Informe sobre el Genoma, se señaló que el “*genomics divide*”—esa gran separación— ya existe y que es importante incluir en el informe las estrategias para superarla. Los países en desarrollo deben dominar las tecnologías básicas del genoma, incluida la bio-informática, mediante el establecimiento de redes de colaboración. Es importante desarrollar capacidades no sólo en algunas tecnologías específicas, sino en todos los pasos del proceso de investigación, incluida la capacidad para desarrollar nuevas ideas y enfoques originales. El genoma y la proteómica deben considerarse en el contexto de su interacción con otras áreas, para evitar expectativas falsas acerca de su impacto en el conocimiento y solución de los problemas de salud.

### **II.3 Proyecto multicéntrico: “Macrodeterminantes de las inequidades en salud”**

El Comité reconoció la originalidad y la pertinencia del proyecto y formuló las siguientes observaciones y recomendaciones:

- Deben hacerse más simulaciones con los modelos, comparando los cambios en la distribución de las variables, para identificar las que son más sensibles a las intervenciones de políticas;
- Además de publicaciones, deben desarrollarse estrategias para la promoción de la utilización de los resultados, según la situación particular de cada país;
- El análisis de las relaciones entre los resultados y el marco conceptual debe ser desarrollado, con miras a tener un mejor entendimiento de los resultados y a facilitar la comunicación con los formuladores de políticas;
- El estudio debe ser una contribución importante para el mejoramiento de las encuestas domiciliarias en cuanto a su estructura, selección de las variables y el cuestionario.

### **II.4 Proyecto multicéntrico: “Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)”**

El Comité reconoció la pertinencia y relevancia del estudio e hizo las siguientes recomendaciones:

- Se deben hacer análisis adicionales para identificar los factores asociados con los resultados de salud, incluida la influencia de las políticas y las variables sociales. Los datos acerca del estado nutricional también deben someterse a un análisis adicional, debido a su importancia para la salud y el bienestar de los ancianos;
- Se debe preparar un plan para promover la utilización de la base de datos y de los resultados, incluida la difusión de los resultados a los medios de comunicación y al público en general;
- También se reconoció la importancia del estudio para el mejoramiento de las encuestas domiciliarias.

## **II.5 La investigación en salud en el Caribe de habla inglesa**

El Comité felicitó a los organizadores y a los conferenciantes de esta sección por la calidad de las presentaciones y por los esfuerzos extraordinarios que la comunidad científica del Caribe, en particular Jamaica, viene haciendo a pesar de varias limitaciones. Recalcó la importancia del enfoque subregional y la importancia de los resultados y las metodologías para el resto de la Región de ALC, en particular los estudios de cohortes. Un debate intenso entre los conferenciantes y los miembros del CAIS se estableció sobre varios aspectos metodológicos y éticos de los estudios presentados así como sus implicaciones de política.

### **II.6 Proyecto multicéntrico: “Análisis por género de comportamientos alimentarios y de ejercicio en el Caribe”**

- El Comité reconoció la relevancia del estudio y señaló la importancia de la asociación entre la obesidad y la pobreza, debido al costo de los alimentos saludables así como a la falta de oportunidades de los pobres para ocuparse de las actividades físicas. Teniendo en cuenta la importancia de las variables socioeconómicas, se sugirieron la adopción de medidas intersectoriales de carácter general con miras a promover cambios alimentarios como, por ejemplo, subsidios para los alimentos saludables y cambios en las políticas de importación/exportación de alimentos;
- Las actividades de promoción de la salud en esta área deben incluir la participación activa de las ONG, tales como grupos de mujeres, aprovechando su capacidad para movilizar y de promover cambios de hábitos colectivos e individuales.

### **II.7 Estrategias para la utilización de la información científica en la toma de decisiones para la equidad de salud**

El CAIS reconoció la importancia de esta iniciativa orientada a identificar los factores involucrados en la utilización de resultados de investigación para la toma de decisiones con miras a desarrollar estrategias de cooperación adecuadas. Este es un tema de interés de varios organismos y el Comité manifestó su satisfacción por la participación de la OPS en este debate. También se reconoció los adelantos en la revisión y ejecución de DECIDES desde la última reunión. Entre otras observaciones y recomendaciones se destacan:

- Las dos modalidades de producción del conocimiento presentadas responden a diferentes situaciones, áreas y tipos de investigación. Más que la competencia entre ellas, debe promoverse su coexistencia y complementariedad;
- Es importante incluir en esta iniciativa a las unidades de investigación en salud de los Ministerios de Salud, los Consejos de Investigación y los fondos sectoriales de investigación en salud que se están creando en varios países de la Región como Brasil y Chile;
- Se debe tener en cuenta que ni los investigadores ni los formuladores de políticas son categorías homogéneas y en algunas áreas los vínculos entre

ellos no son tan débiles. Se deben realizar más estudios para entender por qué en algunos casos la utilización de los resultados de investigación para la formulación de políticas ha tenido mucho éxito;

- Es muy importante producir pruebas científicas de la relación entre las inequidades de salud y las variables de naturaleza socioeconómica, con miras a instrumentar y facilitar la participación de varios actores en la definición de políticas. Sin embargo, la formulación de políticas en sociedades democráticas no está, ni debe estar basada solamente en pruebas científicas, ya que la Ciencia no es la única manera de comprender la realidad.

## **II.8 Informe del Programa de Subvención de Investigaciones (PSI)**

El Comité expresó su satisfacción con la orientación que viene recibiendo el PSI, destacando la definición clara de su estructura y de sus prioridades, definidas de acuerdo a las necesidades de la OPS y de los países miembros. Su importancia como un factor de multiplicación de escasos recursos y la transparencia de los criterios también se recalcaron así como su importancia para la cooperación técnica de la OPS. También se reconoció que las recomendaciones del CAIS sobre este programa se pusieron adecuadamente en práctica. Otros temas de discusión y recomendaciones fueron:

- La importancia de prestar mayor atención a los países menos desarrollados de la Región, fortaleciendo las estrategias que vienen siendo implantadas como son los proyectos multicéntricos que permiten la participación de grupos con diversos niveles de desarrollo; la ampliación del modelo RELAB/OPS para fortalecer los vínculos con la comunidad científica de estos países, y los convenios específicos como los que se establecieron con los Consejos de Investigación de Guatemala y Colombia y con el Programa de Maestría en Salud Poblacional de Costa Rica;
- La OPS debe explorar nuevos medios e instrumentos para difundir tempranamente los resultados de la investigación sin comprometer su originalidad y en consecuencia la posibilidad de su publicación en revistas arbitradas;
- Es muy importante mantener y reforzar la revisión por pares de las propuestas de investigación presentadas al PSI, con miras a evaluar su mérito científico, juntamente con otros mecanismos internos para evaluar su pertinencia y relevancia para la OPS y los países miembros;
- Se debe implantar a corto plazo sistemas de información sobre todas las actividades de investigación promovidas por la OPS, aprovechando nuevas tecnologías y plataformas como SHARED;
- Se debe evaluar periódicamente el impacto del Programa con indicadores cuantitativos y cualitativos apropiados y en plazos adecuados, teniendo en cuenta la complejidad de la evaluación del impacto de los resultados de la investigación en la formulación de políticas;
- Los miembros del CAIS fueron invitados a asumir un papel más proactivo en la promoción del Programa y en la generación de nuevas iniciativas;

## **II.9 Proyecto sobre “Evaluación de Calidad de los Servicios de Radiodiagnóstico”**

El Comité señaló que este proyecto es un excelente ejemplo de cómo la investigación puede conducir a resultados muy prácticos, fortaleciendo las actividades de cooperación técnica. Es también una ilustración de cómo una buena investigación conduce hacia mejores prácticas. El Comité destacó que los resultados del proyecto pueden facilitar e intensificar la coordinación de la OPS con la Comisión de Energía Atómica.

## **II.10 Cooperación Técnica en Investigación en Sistemas y Servicios de Salud**

El Comité reconoció la coherencia del enfoque para promover esta área y formuló las siguientes observaciones y recomendaciones:

- El ISSS es un área privilegiada, un punto de entrada que puede abrir nuevos caminos para otras áreas con miras a promover un mejor diálogo no solamente entre los investigadores y los formuladores de políticas, sino también otros actores interesados;
- La calidad de vida es un área que abre extraordinarias oportunidades para la investigación. Más allá de sus orígenes relacionados con la calidad de la atención en los hospitales y manicomios, la perspectiva de los pacientes sobre la toma de decisiones médicas, o el análisis de efectividad en función de los costos, nuevos enfoques deben ser promovidos, basados en el concepto de que la calidad de vida es una meta del desarrollo. Esto implica el uso de indicadores tales como la participación en la vida comunitaria, las relaciones sociales y otras dimensiones del desarrollo humano;
- Teniendo en cuenta que la mayoría de los estudios promovidos por HSP en ISSS son descriptivos, el Comité recomendó incentivar más estudios analíticos en esta área.

## **II.11 El Centenario de la OPS**

El Dr. Pellegrini, secretario del CAIS, presentó una propuesta para la organización de un evento científico en conmemoración del Centenario de la OPS que deberá coincidir (o reemplazar) la reunión del CAIS de 2002. Según esta propuesta, el evento tendrá lugar en Washington, D.C., constará de cinco paneles: "La investigación para la Salud en el desarrollo Humano", "Investigación para la Promoción y Protección de la Salud", "Investigación para la Protección y Desarrollo del Medio Ambiente", "Investigación y Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud" e "Investigación para la Prevención y Control de Enfermedades" (incluyendo investigación y desarrollo de vacunas).

En cada uno de estos cinco paneles se tratará:

- La perspectiva histórica sobre la importancia de la investigación en salud para el desarrollo del campo y la función desempeñada por la OPS;
- Los nuevos adelantos científicos en el campo y su potencial impacto;

- Las recomendaciones de políticas para aprovechar estos adelantos;
- La función de la OPS en la promoción de la investigación y de las políticas correspondientes

Cada panel incluirá investigadores de alto nivel, tomadores de decisión y el Director de División de la OPS correspondiente. Los miembros del CAIS coordinarán los paneles. La organización de cada panel (contenido, participantes y presupuesto) estará bajo la responsabilidad de un grupo de trabajo formado por 2-3 miembros del CAIS y funcionarios de la División correspondiente. HDP/HDR apoyará a estos grupos de trabajo y se encargará de los aspectos administrativos de todo el evento.

El Dr. Pellegrini informó que este evento será precedido por la reunión del CAIS Global, estando prevista una sesión conjunta de ambos Comités sobre “La organización de la actividad científica en la salud: sistemas y políticas de investigación”. Durante esta sesión conjunta habrá presentaciones acerca de la situación de los sistemas y políticas de investigación en salud en cada Región de la OMS y las estrategias de cooperación técnica correspondientes. Las presentaciones serán hechas por investigadores, formuladores de políticas de investigación y desarrollo, presidentes de los CAIS regionales y personal de la OMS de las regiones correspondientes. El CAIS Global y la DG de la OMS ya decidieron celebrar la reunión en Washington, preferentemente durante la segunda semana de junio. Se sugirió que la reunión del CAIS Global tenga lugar el 11 y 12 de junio, la sesión conjunta el 13 y el evento conmemorativo del Centenario de la OPS el 14, 15 y 16 de Junio de 2002.

El CAIS expresó su gran satisfacción y conformidad con esta propuesta. Consideró que será una excelente oportunidad para examinar el pasado y mirar adelante a los retos del futuro, identificando el papel de la OPS y del CAIS para ayudar los países a enfrentar estos retos. Con relación a la audiencia del evento, hay que tener en cuenta que será básicamente una reunión del CAIS, ampliada con invitaciones seleccionadas a los Consejos de Investigación, Ministerios de Salud, organismos de financiamiento y otros interesados. Una audiencia mayor deberá ser alcanzada a través de la publicación de las actas completas del evento, *video-tapes* y otros medios.

Después de esta discusión acerca de los objetivos, la audiencia, las fechas y otros temas de carácter general pertinentes al evento, los miembros del CAIS trabajaron en pequeños grupos para preparar un primer borrador de los temas, programa y participantes de cada panel. La distribución de los miembros del CAIS en esos grupos fue la siguiente: Salud y Desarrollo Humano: Ichiro Kawachi y Mario Bronfman; Promoción y Protección de la Salud: Nancy Milio, Terrence Forrester y Edgar Kestler; Protección y Desarrollo del Medio Ambiente: Ellen Silbergeld y Sergio Ferreira; Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud: Andre Contandripoulos y Victor Penchaszadeh; Prevención y Control de Enfermedades: Jorge Allende, Jorge Gavilondo y Miguel Laufer.

El primer borrador de cada panel fue discutido en una sesión plenaria del Comité y se acordó que durante las siguientes 6-8 semanas los pequeños grupos colaborarán con funcionarios de la OPS para preparar una propuesta final.

## **II.12 Recomendaciones generales**

El Dr. Pellegrini presentó un breve informe acerca de la puesta en práctica de las recomendaciones hechas por el CAIS en la última reunión. Destacó las actividades que están en curso para cumplir con la recomendación de promover una mejor utilización de los resultados de investigación en el proceso de toma de decisiones. Con relación a la recomendación para fortalecer la colaboración y el intercambio de los investigadores en la Región, dirigió la atención hacia los proyectos multicéntricos presentados durante esta reunión como herramientas importantes para promover esta colaboración. El CvLACS y otros proyectos que se están desarrollando en el contexto de la BVS en Ciencia & Salud son otras herramientas importantes para cumplir con esta recomendación y también con la recomendación para fortalecer los vínculos con los Consejos de investigación. En próxima reunión se presentarán los adelantos con relación a estas iniciativas.

Con relación a la recomendación de promover el enfoque multidisciplinario en el abordaje de complejos problemas de salud, nuevamente mencionó los proyectos multicéntricos como ejemplos importantes de este enfoque. Con relación a la recomendación para establecer un Sistema de Información de Investigación que permita el registro y seguimiento de las actividades de investigación de la OPS, el Dr. Pellegrini informó al Comité que se estableció un convenio con SHARED. Esta plataforma está ya instalada en la OPS y los proyectos patrocinados por el Programa de Subvenciones para la Investigación pronto estarán incluidos en ella. Se espera que el sistema cubra las actividades de investigación de toda la OPS en uno o dos años. Con relación a la recomendación para utilizar la Agenda Compartida con el BID y el Banco Mundial para promover actividades conjuntas de promoción de la investigación en salud, Dr. Alleyne reiteró la importancia de esta Agenda Compartida, explicando que está en su fase inicial de ejecución y que en un futuro próximo se esperan algunos resultados en esta dirección.

El Comité expresó su satisfacción con la puesta en práctica de las recomendaciones, reiterando la importancia del trabajo con el BID y el Banco Mundial. Con los proyectos de Milenio patrocinados por el Banco Mundial y otras iniciativas, la importancia de esta asociación es aún mayor, ya que puede promover una mejor utilización de una cantidad sustancial de recursos para apoyar la investigación en salud.

## **II.13 Comentarios finales**

En sus comentarios finales, tanto el Dr. Allende como el Dr. Alleyne expresaron su satisfacción con los resultados de la reunión y su gratitud a los miembros del Comité, la secretaría y en particular a los anfitriones jamaquinos por su cordial hospitalidad.

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**  
*Oficina Sanitaria Panamericana, la Oficina Regional del*  
**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

**CAIS 36/2001.01–Final**

**Original: Inglés/Español**



**XXXVI REUNIÓN DEL COMITÉ ASESOR DE INVESTIGACIONES EN SALUD**  
Kingston, Jamaica - 9-11 de julio de 2001

## **AGENDA DE LA REUNION**

**Julio 2001**  
**Kingston, Jamaica**

---

**LUNES, 9 de julio de 2001**

- 9:00-09:45**      **Sesión de apertura**  
Discurso del Presidente del Comité Asesor de  
Investigaciones en Salud de la OPS/OMS (CAIS)  
**Dr. Jorge Allende**  
  
Discurso del director de la OPS/OMS  
**Dr. George A. O. Alleyne**  
  
Discurso del Ministro de Salud de Jamaica  
**Hon. John A. Junor, M.P.**
- 09:45-11:00**      **Conferencia—Avance en el estudio de los Factores Determinantes de Salud  
y las Implicaciones para las Políticas Sanitarias**  
**Dr. Ichiro Kawachi**
- 11:00-11:15**                      *Receso para el café*
- 11:15-11:30**      Ponencia y discusión de la agenda de la reunión  
por el Secretario del CAIS  
**Dr. Alberto Pellegrini**
- 11:30-12:30**      La investigación en la Organización Mundial de la Salud  
Una presentación de diapositivas por  
**Dr. Tikki E. Pangestu**
- 12:30-14:00**                      *Almuerzo*
- 14:00-15:30**      Resultados del Proyecto Multicéntrico: “Macrofactores determinantes de las  
inequidades de salud”  
**Dr. Norberto Dachs**
- 15:30-16:00**                      *Receso para el café*
- 16:00-17:30**      Resultados del proyecto Multicéntrico (SABE): “Salud y bienestar de los  
ancianos”  
**Dra. Martha Peláez**

**MARTES, 10 de julio de 2001**

- 09:00-10:30** Panel - Investigación de Salud en el Caribe
- 10:30-11:00** *Receso para el café*
- 11:00-12:30** Panel - Investigación de Salud en el Caribe (continúa)
- 12:30-14:00** *Almuerzo*
- 14:00-15:30** **Proyecto Multicéntrico:** “Análisis por Género de problemas de comportamiento alimentario y de ejercicio en el Caribe”  
**Dr. Fitzroy Henry**
- 15:30-16:00** *Receso para el café*
- 16:00-17:30** “Estrategias para la utilización de los resultados de investigación en la toma de decisiones en salud”  
Dr. Ulysses Panisset
- 17:30-18:30** Informe del Programa de Subvenciones para Investigación de la OPS  
**Dr. Rebecca de los Ríos**

**MIÉRCOLES, 11 de julio de 2001**

- 09:00-09:45** Proyecto Multicéntrico: “Evaluación de la calidad de los Servicios de Radiodiagnóstico”  
**Dr. Caridad Borrás**
- 09:45-10:30** Cooperación Técnica en Investigación en Sistemas y Servicios de Salud  
**Dr. Daniel López Acuña**
- 10:30-11:00** *Receso para el café*
- 11:00-13:00** Revisión del Informe de la Reunión  
Revisión de las recomendaciones de la última reunión  
Planificación inicial para el evento científico en 2002 en conmemoración del 100º Aniversario de la OPS y otros asuntos
- 13:00-13:15** **Sesión de cierre**

---

**MIEMBROS DEL CAIS****1. Dr. Jorge E. Allende<sup>1</sup>**

Director

Instituto de Ciencias Biomédicas

Facultad de Medicina

Universidad de Chile

Independencia 1027

Santiago 7, Chile

Tel: (56-2) 678-6067 / 6255

Fax: (56-2) 735-3510

correo electrónico: jallende@abello.dic.uchile.cl

**2 Dr. Mario Bronfman Pertzovsky**

Director ejecutivo

Centro de Investigación en Sistemas de Salud

Instituto Nacional de Salud Pública

Av. Universidad No. 655

Col. Santa María Ahuacatlán

C.P. 62508 Cuernavaca, Morelos, México

Tel: (52-73) 11-1140/--2226

Telefax/Tel: (52-73) 11-11-56

correo electrónico: mbronfman@insp3.insp.mx

**3. Dr. André-Pierre Contandriopoulos**

Profesor

Universidad de Montréal

C.P. 6128, succursale Centre-ville

Montréal, Québec

H3C 3I7, Canadá

Tel. : (514) 343-6181

Fax: (514) 343-2448

correo electrónico: contanda@MDAS.UMontreal.CA

**4. Prof. Dr. Sergio II.Ferreira**

Presidente, Sociedad Brasileña para el Progreso de la Ciencia (SBPC)

Facultad de Medicina de Ribeirão Preto (FMRUSP)

Universidad de São Paulo

Campus Universitario Monte Alegre

Av. Bandeirantes 3900

CEP 14049-900, Ribeirão Preto, SP, Brasil

Tel.: (55-16) 601-3222 / 602-3000

Fax: (55-16) 633-0021

correo electrónico: shferrei@fmrp.usp.br

**5. Dr. Terrence Forrester**

Director

Unidad de Investigación en Metabolismo Tropical (TMRU)

Universidad de las Indias Occidentales

Mona Campus

Kingston, Jamaica

Tel: (876) 927-1884

Fax: (876) 977-0632

correo electrónico: tmru@infochan.com

---

<sup>1</sup> Presidente del CAIS

**6. Dr. Jorge Gaviñondo**

Director, División de Inmunología y Diagnóstico  
 Centro de ingeniería Genética y Biotecnología  
 Ave. 31 e/158 y 190  
 Cubanacán Playa, La Habana 10600  
 Cuba

Tel: (53-7) 21-8008  
 Fax: (53-7) 21-8070  
 Apartado Postal 6162

correo electrónico: [Jorge.Gaviñondo@hotmail.com](mailto:Jorge.Gaviñondo@hotmail.com) o [jgavi@yahoo.com](mailto:jgavi@yahoo.com)

**7. Dr. Ichiro Kawachi**

Director, Centro para Sociedad y Salud de Harvard  
 Escuela de Salud Pública de Harvard  
 Departamento de Salud y Comportamiento Social  
 677 Huntington Avenue  
 Boston, MA 02115-6096

Tel: (617) 432-0235 / 2123  
 Fax: (617) 432-3123

correo electrónico: [Ichiro.Kawachi@channing.harvard.edu](mailto:Ichiro.Kawachi@channing.harvard.edu)

**8. Dr. Edgar Kestler**

Director, Centro de Investigación  
 Epidemiológica en Salud Reproductiva (CIESAR)  
 Hospital General "San Juan de Dios"  
 1a. Avenida 10-50, Zona 1, S-013  
 01001 Guatemala, Guatemala

Tel.: (502) 230-1494/221-2391  
 Fax: (502) 221-2392

correo electrónico: [ciesar@ns.concyt.gob.gt](mailto:ciesar@ns.concyt.gob.gt)

**9. Dr. Miguel Laufer**

Instituto Venezolano de Investigación Científica (IVIC)  
 Laboratorio de Neurofisiología  
 Km. 11, Carretera Panamericana  
 Apartado Postal 21.827  
 Caracas 1020-A, Venezuela

Tel: (58-2) 504-1453  
 Fax: (58-2) 504-1093

correo electrónico: [mlaufer@cbb.ivic.ve](mailto:mlaufer@cbb.ivic.ve)

**10. Dra. Nancy Milio**

Profesora de Enfermería  
 Profesora de Política y Administración de Salud  
 Escuela de Salud Pública  
 Carrington Hall 7460  
 Universidad de Carolina del Norte  
 Chapel Hill, NC 27599

Tel: (919) 966-4249  
 Fax: (919) 966-7298

correo electrónico: [nancy\\_milio@unc.edu](mailto:nancy_milio@unc.edu)

**11. Dr. Victor B. Penchaszadeh**

Profesor de Pediatría  
 Jefe, División de Genética Médica  
 Centro Médico Beth Israel  
 Primera Avenida y Calle16  
 Nueva York, NY 10003

Tel: (212) 420-4179  
 Fax: (212) 420-3440

correo electrónico: [vpenasazadeh@bethisraelny.org](mailto:vpenasazadeh@bethisraelny.org)

**12. Dra. Ellen K. Silbergeld**

Profesora y Directora  
 Programa de Salud Humana y Ambiente  
 Universidad de Maryland  
 9-34 MSTF  
 10 South Pine Street  
 Baltimore, MD 21201

Tel: (410) 706-8709

Fax: (410) 706-0727

correo electrónico: ESilbergeld@epi.umaryland.edu

**13. Dr. César Gomes Victora<sup>2</sup>**

Post-Grado Epidemiología  
 Facultad de Medicina  
 Universidad Federal de Pelotas  
 C.P. 464, 96001-970 Pelotas, RS  
 Brasil

Tel: (55-532) 71-2442

Fax: (55-532) 71-2645

correo electrónico: cvictora@nutecnet.com.br

**INVITADOS ESPECIALES****Dr. Fitzroy J. Henry, Director**

Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI)  
 University of the West Indies  
 P.O. Box 140 - Mona  
 Kingston 7, Jamaica

Tel. (809) 977-1274

Fax: (809) 927-2657

correo electrónico: henryfir@cfni.paho.org

**Dr. Tikki E. Pangestu**

Director, EIP/RPC  
 Organización Mundial de la Salud (OMS)  
 20 Avenida Appia  
 1211 Ginebra 27, Suiza

Tel. (41-22) 791-2788

correo electrónico: pangt@who.ch

**Dr. Luis A. Salicrup**

Oficial del Programa para las Américas  
 División de Relaciones Internacionales  
 Centro Internacional Fogarty  
 Institutos Nacionales de Salud (NIH)  
 Bldg. 31 - Room B2 C11  
 Bethesda, MD 20853

Tel. (301) 496-4784

Fax (301) 480-3414

correo electrónico: Salicrul@mail.nih.gov

<sup>2</sup> Unable to attend

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)****Dr. George A. O. Alleyne**

Director

Tel: (202) 974--3408

correo electrónico: [alleyned@paho.org](mailto:alleyned@paho.org)**Dra. Caridad Borrás**

Coordinadora, Medicamentos Esenciales y Tecnología (HSP/HSE)

División de Sistemas y Servicios de Salud

Tel: (202) 974-3222

Fax: (202) 974-3610

correo electrónico: [borrasca@paho.org](mailto:borrasca@paho.org)**Dr. Juan Antonio Casas**

Director

División Salud y Desarrollo Humano (HDP)

Tel: (202) 974-3210

Fax: (202) 974-3652

correo electrónico: [casasjua@paho.org](mailto:casasjua@paho.org)**Dr. Norberto Dachs**

Asesor Regional en Estadísticas (HDP/HDD)

División de Salud y Desarrollo Humano

Tel: (202) 974-3228

Fax: (202) 974-3675

correo electrónico: [dachsnor@paho.org](mailto:dachsnor@paho.org)**Dra. Rebecca de los Ríos**

Asesora Regional en Investigación en Salud Pública (HDP/HDR)

División de Salud y Desarrollo Humano

Tel: (202) 974-3132

Fax: (202) 974-3680

correo electrónico: [delosrir@paho.org](mailto:delosrir@paho.org)**Dra. Yun Jen**

Interna – Investigación en Salud (HDP/HDR)

División de Salud y Desarrollo Humano

Tel: (202) 974-3495

Fax: (202) 974-3680

correo electrónico: [jenyun01@paho.org](mailto:jenyun01@paho.org)**Dr. Daniel Lopez Acuña**

Director

División de Sistemas y Servicios de Salud (HSP)

Tel: (202) 974-3221

Fax: (202) 974-3613

correo electrónico: [lopezdan@paho.org](mailto:lopezdan@paho.org)**Dr. Ulysses Panisset**

Asesor Regional en Ciencia y Tecnología (HDP/HDR)

División de Salud y Desarrollo Humano

Tel: (202) 974-3586

Fax: (202) 974-3680

correo electrónico: [panisseu@paho.org](mailto:panisseu@paho.org)**Dra. Martha Peláez**

Asesora Regional en Envejecimiento y Salud (HPP/HPF)

División de Promoción y Protección de la Salud

Tel: (202) 974-3250

Fax: (202) 974-3640

correo electrónico: [pelaezma@paho.org](mailto:pelaezma@paho.org)**Dr. Alberto Pellegrini Filho<sup>3</sup>**

Coordinador, Coordinación de Investigaciones (HDP/HDR)

División de Salud y Desarrollo Humano

Tel: (202) 974-3135

Fax: (202) 974-3680

correo electrónico: [pelleagri@paho.org](mailto:pelleagri@paho.org)<sup>3</sup> Secretario del CAIS (OPS/OM)

Doc. #	Título
CAIS 36/2001.1 Original: Español	Programa de la Reunión
CAIS 36/2001.2 Original: Español	Lista de Participantes
CAIS 36/2001.3 Original: Español	Lista de Documentos
CAIS 36/2001.4 Original: Inglés	La Investigación en la Organización Mundial de la Salud <b>Dr. Tikki E. Pangestu, EIP/RPC</b>
CAIS 36/2001.5 Original: Español	<b>Resultados Preliminares del Proyecto Multicéntrico:</b> Salud, Bienestar y Envejecimiento en LAC (SABE) <b>Dr. Martha Peláez, HPP/HPF</b>
CAIS 36/2001.6 Original:	<b>Resultados del Proyecto Multicéntrico:</b> Macrodeterminantes de las Inequidades en Salud <b>Dr. Norberto Dachs, HDP/HDD</b>
CAIS 36/2001.7 Original:	Estrategias para el uso de resultados de investigación en la toma de decisiones en Salud <b>Dr. Ulysses Panisset, HDP/HDR</b>
CAIS 36/2001.8 Original: Inglés	<b>Informe de Avance del Proyecto Multicéntrico:</b> Análisis por género de conductas alimentarias y de ejercicio en el Caribe <b>Dr. Fitzroy Henry, CFNI</b>
CAIS 36/2001.9 Original:	<b>Proyecto Multicéntrico:</b> Evaluación de la Calidad de los Servicios de Radiodiagnóstico <b>Dr. Caridad Borrás, HDP/HSE</b>
CAIS 36/2001.10 Original: Inglés	La Cooperación Técnica en la Investigación de Sistemas y Servicios de Salud <b>Dr. Daniel López Acuña, (HSP)</b>
CAIS 36/2001.11 Original: Español	Informe del Programa de Subvenciones de Investigación de la OPS <b>Dr. Rebecca de los Ríos</b>
CAIS 36/2001.12 No disponible	<b>Conferencia:</b> Progreso en el estudio de los determinantes de salud y su implicancia en políticas de salud <b>Dr. Ichiro Kawachi</b>
CAIS 36/2001.13 Original: Español	Informe de la XXXVI Reunión CAIS <b>Dr. Alberto Pellegrini (CAIS)</b>