

---

## Revisión Crítica/*Critical Review/Revisão crítica*

### Elementos clave de las investigaciones en Políticas y Sistemas de Salud en Enfermería/*Key elements in research about Policies and Health Systems in Infirmiry/Elementos chave das pesquisas em políticas e sistemas de saúde, em Enfermagem*

Nelcy Martínez Trujillo<sup>1</sup>

Recibido: 13 de abril de 2015  
Aceptado: 15 de octubre de 2016

#### Resumen

La realización de investigaciones en políticas y sistemas de salud, por los profesionales de enfermería, puede contribuir a su integración en procesos decisorios a nivel de los países. Para ello, es necesario tener en cuenta sus características y algunos elementos clave que guardan relación con su desarrollo. La autora del presente estudio, realiza un análisis de los sistemas de salud, como el contexto en el que se desarrollan sus políticas, como expresión práctica de los resultados de este campo de investigación. Comprender y tener en cuenta ambos aspectos es indispensable para que los profesionales de Enfermería realicen propuestas coherentes con los sistemas de salud en los que están insertos y a los que deseen brindar sus contribuciones para la definición de políticas.

**Palabras clave:** Política de Salud, Sistemas de Salud, Política de Investigación en Salud.

#### Abstract

The research about Health Policies and Systems, made by nurses, can contribute to their integration into decision processes at their countries. It is therefore necessary to consider its characteristics and some key elements that relate to their development. The author of this study made an analysis of Health Systems, and the context in which Health Policies are developed, as a practical expression of the results of this research field. Understand and take into account those aspects is essential for the proposals of the nursing professionals embedded into Health Systems and to provide their contributions to the definition of policies.

**Key words:** Health Policy, Health Systems, Health Research Policy.

#### Resumo

A realização de pesquisas em políticas e sistemas de saúde pelos profissionais de enfermagem pode contribuir para sua integração nos processos de tomada de decisão nos países. Para tanto, é necessário considerar suas características e alguns elementos chave que têm relação com seu desenvolvimento. Realizou-se uma análise dos sistemas de saúde, contexto e políticas, como expressão prática dos resultados deste campo de pesquisa. Compreender e considerar ambos os aspectos é indispensável para que os profissionais de enfermagem realizem propostas coerentes com os sistemas de saúde nos que se inserem e para os quais desejam oferecer suas contribuições na definição de políticas.

**Palavras chave:** Política de Saúde, Sistemas de Saúde, Política de Pesquisa em Saúde.

---

<sup>1</sup> Licenciada Enfermera. Doctora en Ciencias de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba  
[nelcynan@infomed.sld.cu](mailto:nelcynan@infomed.sld.cu)

## Introducción

La participación de los profesionales de Enfermería en la definición de políticas de salud, a nivel de gobierno, no es una práctica común. Esta realidad tiene causas variadas. En el año 2015, el Consejo Internacional de Enfermería, incluyó en su informe una declaración de posición en relación con la participación de las enfermeras en la adopción de decisiones y en la elaboración de políticas en los servicios de salud. En tal sentido, se destaca que para participar en la planificación de la salud, y contribuir eficazmente a ella, a la adopción de decisiones y a la elaboración de la política pública y de salud, las enfermeras han de ser capaces de demostrar su valor y convencer a los demás de la contribución que ellas pueden hacer. Esto quizá implique que ha de mejorarse y ampliarse el ámbito de la preparación de las enfermeras para la gestión y liderazgo y su comprensión de los procedimientos políticos y gubernamentales. Asimismo, quizá ha de aumentarse su experiencia en funciones y puestos de gestión y liderazgo, no sólo en la Enfermería sino en otros servicios de atención de salud, ha de fomentarse su participación en asuntos de la administración y la política general, y ha de mejorarse y publicitarse la imagen de la Enfermería (1). Otro de los aspectos que debe mejorarse en ese sentido es el de incrementar el número de investigaciones que estudien, desde la perspectiva enfermera, los sistemas de salud. En la actualidad, son insuficientes los estudios que sobre la temática de los servicios y los sistemas de salud desarrollan estos profesionales (2). Por otra parte, el no comprender o tener en cuenta aspectos vinculados con este campo investigativo, limita su realización. Las investigaciones en políticas y sistemas de salud (IPSS) se desarrollan en el contexto de los sistemas de salud y sus resultados deben contribuir a la gestión y análisis de las políticas. En ese sentido, los sistemas y las políticas de salud son elementos centrales que no se deben perder de vista durante su concepción (3). Significa esto que todo investigador que incurra en su realización debe, en primer lugar, valorar qué elementos caracterizan al sistema de salud en el que se pretende desarrollar, así como las diferentes conexiones e interrelaciones que en ellos tienen lugar. Debe además, conocer cuáles son los modelos de formación de políticas que priman en el contexto seleccionado, así la como forma en que éstas son analizadas. Este análisis le permite concretar el lugar que la investigación puede asumir en su gestión. Pretender realizar una IPSS sin valorar antes estos dos aspectos es iniciar un camino incierto. Para los profesionales de Enfermería, si pretenden trascender a otro nivel decisorio dentro de los países y ser tomados en cuenta para la definición de políticas, es de vital importancia la comprensión de ambos aspectos.

## Método

Se realizó una revisión bibliográfica y documental en la que se analizaron textos vinculados con el desarrollo de los Sistemas de Salud, así como con las Políticas. Se utilizaron métodos propios de la investigación como el análisis y la síntesis, así como el razonamiento inductivo y deductivo para

---

establecer el vínculo entre ambos elementos clave.

## **Desarrollo**

La IPSS es un campo de investigación que se caracteriza por la búsqueda de respuestas a interrogantes cuyas soluciones contribuyan a fortalecer los sistemas y los servicios de salud, o a entender mejor el contexto en el que éstos funcionan. El conocimiento de sus particularidades permite pre-establecer los aspectos a tener en cuenta durante su realización. En ocasiones, es considerada por algunos investigadores como una investigación fácil y de diseños rápidos sin embargo, nada más alejado de la realidad que esta supuesta simplicidad pues, integrar todos los aspectos que la singularizan y que a continuación se citan, es aún un reto. Las características que distinguen son las siguientes: (3), (4)

- Es multi e interdisciplinaria: la primera supone la participación de investigadores de diferentes disciplinas que desde sus enfoques analicen el problema de investigación. La segunda, la integración de métodos entre los unos y los otros, trascendiendo sus formaciones, para lograr una mirada integral y una interpretación holística del problema. Esta es una de sus mayores fortalezas y también se ha convertido en uno de sus retos.
- Está orientada a la acción: toda investigación tiene como objetivo una acción que dimane de su realización; la particularidad de la IPSS es la inmediatez que requiere esta acción que puede ser tomar una decisión oportuna, definir o redefinir una política. Este uno de sus rasgos más distintivos en tanto si no se genera un cambio en el contexto nivel de servicio o país, esta no habrá cumplido su objetivo. Esta investigación trasciende la descripción para pasar a la acción.
- Es oportuna: su realización parte de un problema identificado que espera ser solucionado en un plazo relativamente corto de tiempo. No es pertinente que sus resultados tarden en ser emitidos en tanto envejecerían en relación con el problema que les dio origen. No significa poner en peligro la calidad metodológica sino de escoger diseños que, por su sencillez, sean de rápida realización garantizando resultados confiables.
- Es eminentemente participativa: implica un proceso de intercambio constante entre todos los actores clave del proceso. Son consultados durante el diseño, la implementación, el análisis y la discusión de los resultados. Involucrar a los tomadores de decisiones desde el inicio de realización es un elemento indispensable para favorecer la puesta en práctica de los resultados.
- Es resolutiva: en tanto su objetivo es la solución de un problema concreto más que probar una hipótesis determinada.
- Es generadora bilateral de conocimientos pues aprenden los “investigadores” y los “investigados”. Todos los involucrados acumulan lecciones aprendidas del proceso investigativo.
- Es histórico – concreta en tanto las sociedades varían y con ella la forma de organizarse para

---

lograr las metas de salud. En ese sentido, el campo de investigación aporta las evidencias para comprender la dinámica que se establece.

### **Los sistemas de salud: el contexto de las investigaciones en sistemas y servicios de salud.**

El sistema de salud es la “suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal es mejorar la salud de la población” (5). De modo más amplio, son considerados el conjunto de *relaciones* políticas, económicas e institucionales responsables por la conducción de los procesos relativos a la salud de la población, que se expresan en organizaciones, normas y servicios, que tienen como objetivo alcanzar resultados consistentes con la concepción de salud prevalente en la sociedad (6). Es un componente de esta última y con ella guarda una relación de dependencia (7).

En general, se les considera como el conjunto de acciones, normas y personas cuyas actividades se relacionan directa o indirectamente con la atención a la salud individual y colectiva (8). Otro concepto importante, es su carácter histórico y temporal, como respuesta concreta que una nación o colectividad construye para satisfacer las necesidades y demandas de salud de su población. Esa respuesta está directamente relacionada con la concepción de salud que prevalezca en esa sociedad (9). Desde esa perspectiva, hoy se confrontan en el mundo, dos concepciones polares: **por un lado**, la salud entendida como derecho humano y social fundamental, parte del derecho a la vida, que debe ser garantizado por el Estado y **por otro lado**, una concepción de la salud como “servicio o bien de mercado” que está regido por las leyes de la oferta y la demanda, debiendo el Estado intervenir sólo para garantizarlo a los más pobres, a los excluidos de la dinámica social (10). Cuando se alude a los sistemas de salud, es necesario pensar no solo en las *políticas, instituciones, recursos, financiamiento, normas o estructuras formales* (11) que los integran, sino también en los procesos participativos que en ellos acontecen, en el protagonismo de la comunidad y de los usuarios, actores claves para la producción de su propia salud. De ahí que el sistema de salud deba entenderse como una construcción histórico-social y como las respuestas concretas que construye una sociedad para satisfacer las necesidades de salud de su población, con el objetivo básico de promover y mantener la salud (12).

### **Modelos de los Sistemas de Salud**

Durante el siglo XX, se identificaron varios modelos o paradigmas en diversos países por lo que se les considera “tipos ideales”, debido a la clara concepción y atención de salud que se advierte entre ellos y a los valores que fundamentan. Cada uno tiene particularidades en cuanto a cobertura, formas de financiamiento, modalidades de prestación de servicios a la población y gastos en la atención médica. La cobertura se refiere a que población es cubierta por los servicios. Las formas de financiamiento describen cuáles son las vías y origen de los fondos para costear la atención. Las modalidades aluden a la forma de prestación de los servicios. Los gastos detallan qué porcentaje del gasto nacional de un país es destinado a la salud. Estos modelos son (12):

---

- Modelo de servicios nacionales de salud (SNS) o Beveridge

Es uno de los modelos clásicos de atención de salud que lleva el nombre del político inglés W. Beveridge, cuyo informe fue usado para introducir modificaciones fundamentales en el sistema sanitario de ese país durante la segunda guerra mundial. El sistema se caracteriza por tener *financiación pública* con recursos procedentes de impuestos, y *acceso universal a los servicios* que son brindados por los *proveedores públicos*. Los trabajadores profesionales o no profesionales dependen del Estado, el que tiene una gran responsabilidad en la gestión y conducción del sistema. Bajo este enfoque, los costos de salud deben ser cubiertos principalmente con *recursos fiscales del Estado*. Es válido señalar que no es un modelo puro, por tanto en su financiación existen otras fuentes, además de los impuestos, como el pago directo de los usuarios y otros aportes, y lo mismo sucede en su administración y gestión, las cuales están adoptando formas más participativas y comunitarias.

- Modelo Bismarck o sistemas de seguridad social

Este modelo lleva el nombre del ex canciller O. Bismarck, que llevó a la unificación alemana. Se caracteriza por tener un protagonismo no estatal, una gestión mucho más centralizada y una organización basada más en la regulación que en la planificación. La financiación es por aportes y contribuciones de empresarios y de los trabajadores. Estos aportes son por lo general, obligatorios y los administran los propios interesados. La administración de los recursos y la organización de los servicios, la efectúan entidades intermedias no gubernamentales que contratan servicios con proveedores privados o públicos. Por definición solo cubren a los aportantes y su grupo familiar. Con este modelo quedaron establecidos los seguros constitutivos obligatorios que cubrían enfermedades, accidentes, invalidez y vejez. Estos eran restringidos a la clase trabajadora, y financiados por el Estado, los patrones, y los trabajadores. Luego esta seguridad se haría extensiva a la familia del trabajador y a otras áreas, como educación y vivienda.

- Modelos basados en el financiamiento privado

Por definición se trata de sistemas de contratación a voluntad del usuario. Tienen una organización típicamente fragmentada, descentralizada y con escasa regulación pública.

- Modelos mixtos

Son los que combinan la participación del Estado en la prestación del servicio con el de entidades intermedias, mutuales u obras sociales, permite la asistencia del sector privado a través de los seguros privados de salud o las empresas de “medicina prepaga”.

- Sistema Semashko o sistema centralizado

En los países del centro y del Este de Europa (antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS)), los sistemas de salud toman su inspiración en las ideas de N. Semashko, que datan de los años 20. En este sistema existe un control gubernamental mediante un sistema planificado

---

centralmente y financiado por el presupuesto estatal. Todos los empleados del sistema son asalariados. No existe sector privado y presenta libre acceso para todos, a los servicios de salud. En los años 80 del pasado siglo, M. Terris caracterizó los sistemas sanitarios mundiales como: i) de asistencia pública, generalmente (sub) financiados con fondos públicos; ii) de aseguramiento, dirigidos a sectores específicos de la población (trabajadores) y financiados por con los aportes de los asegurados y/o sus empleadores; y iii) sistemas universales de salud que garantizan la cobertura total poblacional y de servicios, con financiamiento del Estado (13).

Además de las especificidades de cada modelo, cada sistema tiene sus particularidades que lo distinguen, y estas diferencias se explican porque sus instituciones están integradas a un contexto social, económico, cultural, demográfico y político distinto. En igual medida el desarrollo de las Investigaciones en políticas y sistemas de salud en cada uno de ellos, tendrá diferencias en el abordaje de los problemas y en el análisis de los resultados. La participación en el proceso y la integración interdisciplinar de los profesionales también estará mediada por estos particulares. El lugar que le será asignada en el financiamiento de su realización también variará desde una total prioridad hasta la ausencia de su puesta en práctica. Para los profesionales de Enfermería es importante tener en cuenta estas especificidades al decidir, en determinado contexto, desarrollar este tipo de estudio.

**Las políticas: la expresión práctica de los resultados de las investigaciones en políticas y sistemas de salud.**

Las políticas en general requieren de la existencia de un problema que es necesario reconocer; tomar decisiones con respecto a las acciones y evaluarlas para constatar los resultados. Las políticas de salud en particular, constituyen un capítulo de las políticas sociales. Han sido definidas como un conjunto de decisiones que se traducen en acciones, estratégicamente seleccionadas dentro de un conjunto de alternativas, conforme a una jerarquía de valores y preferencia de los interesados (14). Otros autores las consideran una secuencia de acciones que conducen a una respuesta más o menos institucionalizada ante una situación juzgada como problemática (15). Estas propuestas implican la definición de salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Incorporan además tres elementos importantes: las decisiones como base de toda política, las acciones que se deben realizar y el alcance de lo social o público. La Investigación en políticas y sistemas de salud se inserta en la gestión de políticas en tres formas fundamentales. La primera, generando conocimientos para su definición. En segundo lugar, durante su implementación y a partir del seguimiento de esta etapa. Por último, como parte de su análisis, entendido este último como el conjunto de procedimientos dirigidos a comprender y valorar las políticas que afectan la salud colectiva, hayan sido o no originadas en el sector de los servicios de salud, dando cuenta de los diferentes aspectos que se relacionan con la política, desde sus orígenes hasta sus consecuencias, y

---

con la finalidad de contribuir a la optimización de los resultados (16).

### **Modelos de definición de políticas**

Si bien existen varios modelos, en ellos pueden reconocerse cuatro componentes básicos: Definición del problema, Generación y selección de opciones, Gestión de la opción seleccionada (puesta en ejecución), Monitoreo y Evaluación. Estos componentes, aunque tradicionales no siempre aparecen en la práctica. Es frecuente que la identificación, análisis y selección de alternativas no se desarrolle, y que se asocie un problema con una sola vía de solución que ha sido la tradicional o la que ya está institucionalizada. Además, aun cuando estos componentes estén presentes tienen a veces alcances limitados. Por ejemplo, la evaluación suele circunscribirse tan sólo a una actividad de control o de seguimiento de tareas (17). Los modelos de definición de políticas han sufrido cambios en relación con el énfasis que ponen en las diversas actividades y en ese sentido, es posible caracterizarlos en función de la actividad sobre la cual gravita el proceso de formación de la política. Algunos autores plantean que, de los modelos donde la política fluía de arriba hacia abajo con énfasis en la definición del problema y que fueron característicos de los años setenta, se ha pasado a otros cuya gravitación pasó a la gestión (18). A continuación se presentan algunas características de estos modelos que se relacionan con su verticalidad y con la interacción entre sus componentes.

- Modelo de Laswell

H. Laswell fue uno de los pioneros en la racionalización quien en los años 60 del siglo XX en un contexto muy particular de Guerra Fría y amenazas de una tercera guerra mundial planteó que el ejercicio político de la decisión del gobierno debía racionalizarse. Propuso un modelo que refleja la conceptualización cíclica de las políticas: vertical centralizado y jerarquizado. En principio la lógica del modelo comienza con una labor de diagnóstico de cuál es el problema sobre el que el Estado tiene que actuar para reducirlo. Posteriormente se miden, cuantifican e identifican los sectores afectados, la incidencia geográfica y otros aspectos haciendo énfasis en los indicadores que permiten su identificación. Con esta información se analizan las alternativas de acción y se hace una estimación del impacto y efecto de varias acciones públicas. Finalmente, se proponen, formulan y ejecutan las políticas. El modelo concluye con la evaluación de los resultados obtenidos. Este modelo, que implicó un avance sustantivo, se hizo insuficiente para dar respuesta flexible y adaptable a las constantes variaciones del entorno pues tanto la realidad social como la política son fenómenos de continuo cambio. Es claramente vertical, las decisiones fluyen de arriba hacia abajo. Las actividades iniciales o superiores son las dominantes y la actividad de evaluación es de carácter terminal. Este modelo sintetiza los que fueron modelos verticales y paradigmáticos en su momento y reconocidos como pioneros en el tema de formación de políticas y programas. Como todo modelo vertical, en él comúnmente surgen tres problemas:

- La actividad de definición del problema resulta ser la determinante. En los modelos verticales,

---

toda la fuerza está puesta en la actividad inicial y es ésta la que direcciona y domina, de manera unilateral, el desarrollo de todo el proceso. Ello no sólo no resulta conveniente desde la perspectiva de la sostenibilidad y solidez de la política, sino que también ha sido reconocido como una de las causales de buena parte de los problemas que acompañaban la entrega de los servicios sociales al negarle la posibilidad a los programas de irse adaptando a las exigencias de su ejecución y de su medio.

- Se presentan visiones distintas de un mismo problema entre los diseñadores y los gestores. No hay diálogo entre unos y otros. De esa manera es muy difícil captar el contenido político y la direccionalidad de un planteamiento de una política pública que se ejecuta muy distante de quiénes la formularon (19).
- La evaluación se vuelve irrelevante. La verticalidad de los viejos modelos de formación y gestión implica que a medida que se descende en el modelo, las actividades van perdiendo fuerza e interés. Así, por ejemplo, la evaluación puede llegar a ser prescindible, pues no parecería aportar nada sustantivo a las acciones precedentes que ya fueron adelantadas, y menos aún pareciera importante para reorientar la globalidad de la política o programa. La evaluación, en estos modelos verticales, es superflua y resulta ser más una entelequia que una actividad útil y necesaria.
- Modelo de Kingdon (1984)

Ofrece una importante evolución. Es un modelo centrado en la definición de agenda, en la cual se incluyen por primera vez para efectos analíticos, dos actividades claves: la definición del problema y la generación de alternativas. Ambas actividades están relacionadas aunque dominadas por distintos actores, entre los cuales se destaca el gobierno (que da lugar por ejemplo a la agenda gubernamental) y otros menos visibles pero importantes políticamente (que dan lugar a la agenda política y a la agenda para la “decisión”). Lo importante es que ambas actividades tienen sus propias corrientes y dinámicas, que cuando logran confluir, dan lugar a políticas públicas sólidas con mejores resultados. J. Kingdon menciona **tres** corrientes que participan en la definición de la agenda: la de los “**problemas**”, en la cual los problemas se definen, a través de eventos, indicadores o información que fluye desde la acción. Esto es relevante pues comienza a aparecer un papel importante para la evaluación y el seguimiento; la de la “**política**”, que sigue los grandes movimientos o problemas nacionales y la de “**las políticas**”, caracterizada por la generación de ideas, supuestamente para enfrentar problemas, de las cuales algunas van descartándose, sobreviviendo aquellas que resultan viables y luego se traducirán en acciones. Las dos primeras corrientes conducen a la propuesta de definición del problema, la tercera a la generación de alternativas. Cada una está movida por sus propios actores y dinámicas y dificultades. Cuando confluyen, se obtienen los mejores resultados (20). Los otros

---

componentes analíticos, gestión y evaluación, no se destacan en el modelo de Kingdon

- Modelo de Hoppe, Van de Graaf y Van Dijk (1985)

En este modelo se fortalece la interacción entre la formulación de la política, que incluye la elaboración de alternativas y la selección de una de ellas, y la implementación. En efecto, de las fases que ellos plantean para una política pública: construcción de agenda, elaboración del proyecto o generación de alternativas, adopción del proyecto o de una alternativa, implementación, evaluación y reajuste, ellos privilegian el diálogo continuo entre la generación de alternativas y su puesta en ejecución. Es un diálogo difícil, donde hay choque de intereses. Su éxito condiciona, a su vez, el éxito de los resultados de las políticas públicas. Para que este fluya, la evaluación debe existir y se convierte, entonces, en un instrumento clave donde la IPSS tiene un rol protagónico. A diferencia del modelo anterior, la determinación del problema inicial no está en la base de la acción.

- Modelo de Merilee Grindle y John Thomas (1991)

Estos autores le dan gran importancia a la interacción entre las diferentes actividades en un modelo de formación de políticas públicas, haciéndolo dinámico y cambiante con el tiempo. En éste modelo, la evaluación surge con singular importancia y empieza a resultar vital en el proceso. Si bien el modelo gravita alrededor de la actividad de ejecución o de acción que se considera la nuclear de la política pública, también aparecen con fuerza las actividades de agenda de políticas y toma de decisión para la acción. En este modelo confluyen distintos actores y pueden surgir conflictos entre ellos, particularmente entre la burocracia y la comunidad representada en el espacio público de discusión. Estos conflictos pueden llevar a rechazar en primera instancia la política que entonces debe ser reexaminada. En caso de ser aceptada, se pasa al plano de la ejecución, en el cual confluyen decisores y ejecutores. Ambos evalúan y movilizan los recursos requeridos para la acción (21).

- Modelo iterativo e interactivo de formación de políticas y programas sociales. Modelo Indes<sup>2</sup>- BID<sup>3</sup> (2005)

Este modelo contiene en forma muy sintética los mismos factores del ciclo que originalmente planteara Laswell, en el esfuerzo de racionalización de la acción pública, pero aporta un esquema más dinámico y flexible, en el cual cada uno de los elementos se van dando paralelamente en todo momento. Continuamente se está diagnosticando, identificando qué herramientas de la acción pública funcionan para fortalecerlas, cuáles hay que descartar y cuáles podrían funcionar para incorporarlas. Propone un proceso de formulación y ejecución de políticas y programas, que se caracteriza por una íntima relación entre sus dos componentes clave: formulación y gestión, de tal manera que los dos interactúen entre sí y respondan a los intereses de los diversos involucrados. (22). Es con esa interacción y con una búsqueda continua por alcanzar los objetivos, que pueden variar con el tiempo,

---

<sup>2</sup> Instituto Interamericano para el desarrollo económico y social (Indes)

<sup>3</sup> Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

---

que se obtiene un proceso de formación de políticas y programas sociales. Este proceso requiere, asimismo, de una reformulación de los cuatro componentes básicos que lo conforman. Con ello, se rompe con la tradicional inflexibilidad de los modelos y se favorece una mayor pertinencia en la acción. Es, por demás, este proceso el que permite que en la práctica se desarrolle el concepto de gerencia social. La interacción<sup>4</sup> y la iteración<sup>5</sup> entre los cuatro componentes del modelo constituyen la característica fundamental que convierte al proceso aquí propuesto en uno de formación. Lejos de tratarse de un modelo vertical de arriba hacia abajo, que corresponde al de formulación tradicional, en el cual las actividades son independientes entre sí, se propone, por el contrario, uno con interacción entre sus distintos componentes lo que trae por consecuencia su permanente evolución. Ello, sumado a la iteración, es decir a la búsqueda continua por alcanzar objetivos que pueden cambiar con el tiempo, como los sociales, son las características que hacen que, en este modelo, las políticas y programas estén continuamente formándose. En consecuencia, el modelo no es rígido ni unidireccional. Fuente importante de su dinamismo es el continuo intercambio de información que conduzca a que las distintas actividades evolucionen continuamente, siempre en búsqueda de obtener los mejores resultados, cuyo alcance también puede resultar cambiante con el tiempo. Así, por ejemplo, la definición inicial del problema puede cambiar a medida que se entra a ejecutar la política en cuestión, pues la misma ejecución señala que la definición inicial no era la adecuada. Asimismo, algunas opciones, que inicialmente fueron descartadas, pueden resurgir como válidas a medida que se analiza cómo avanza la iniciativa. Esta retroalimentación sólo resulta posible si los diversos componentes del proceso interactúan entre sí. Adicionalmente, los resultados esperados pueden evolucionar hacia otros distintos, pero igualmente deseables, a medida que la política se desarrolla, porque su contexto también cambia con el tiempo. Ello es muy propio de los sectores sociales, donde el servicio que se provee debe ir ajustándose continuamente a las características cambiantes de su población. Ello es posible tan sólo si se da la iteración o búsqueda continua para llegar a un objetivo convergente aunque móvil. Otra de las características clave del modelo: poder ajustarse continuamente a los cambios del entorno, mediante aproximaciones sucesivas (22). La aparición de nuevos enfoques en el análisis de las políticas permite que los investigadores le den mejor utilidad si definen adecuadamente modelos que consideren, entre otros, los siguientes argumentos: las políticas públicas son la expresión de relaciones de poder, que actúan como dispositivos de control; el entorno social, económico y ecológico es un determinante de toda política pública de salud y, como tal, es un componente esencial de los APPS; los modelos y métodos deberían constituirse como espacios de

---

<sup>4</sup> Acción que se ejerce recíprocamente entre dos o más objetos, agentes, fuerzas, funciones, etc. (diccionario de la lengua española)

<sup>5</sup> Acción y efecto de iterar. Iterar: repetir uno algo (diccionario de la lengua española). Repetición de acciones análogas. Repetir, reiterar (diccionario Larousse).

---

gestión del conocimiento que faciliten el aprendizaje, la participación y la interacción de los investigadores y los demás actores sociales para facilitar la comunicación y la cooperación entre ellos. (23)

### **Consideraciones finales**

La realización de Investigaciones en Políticas y Sistemas de Salud por los profesionales de Enfermería requiere que estos tengan claridad en sus características y los elementos clave que están vinculados a ellas. Las primeras, les permitirán tener bien delimitados los límites de este campo de investigación y tener claras las especificidades que demandan durante su realización. Los segundos, sistemas y políticas, serán las guías para comprender en qué contexto se realizará el estudio y las formas de expresión de los resultados.

## Referencias Bibliográficas

1. Consejo Internacional de Enfermeras. Informe anual 2015. Las enfermeras, una fuerza para el cambio: eficaces en cuidados, eficientes en costos. [Internet]. 2015. Disponible en <http://www.icn.ch/es/publications/2015-nurses-a-force-for-change-care-effective-cost-effective/2015-las-enfermeras-una-fuerza-para-el-cambio-eficaces-en-cuidados-eficientes-en-costos-1728.html> [consulta: 20 dic 2015].
2. Parmar J, House J, Cassiani S, Reveiz L. Health literatura authored by nurses within the LAC región. Rev Panam Salud Pública [Internet] 2015; 37(6): 409-14. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v37n6/v37n6a06.pdf> [consulta: 20 dic 2015].
3. Gibson L. Health policy and systems research: a methodology reader. [Internet]. 2012. Disponible en [http://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr\\_reader.pdf](http://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_reader.pdf) [consulta: 20 dic 2015].
4. Rojo N, Caraballosa M, Martínez S, Pérez B, Pérez J, Resik P, et al. Programa Ramal de investigación en sistemas y servicios de salud. Documento Rector 2003-2006. La Habana: ENSAP; 2003.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS; 2000.
6. Lobato LVC, Giovanella L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p.107-40.
7. Rojas F. Salud pública y medicina social. La Habana: Ciencias Médicas; 2009. p. 24.
8. Laurell AC. Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina. Medicina Social [Internet] 2010; 5(1): 79-88. Disponible en: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/403/816> [consulta: 20 dic 2015].
9. Feo O. Repensando la Salud. propuestas para salir de la crisis. Análisis de la experiencia venezolana. Maracay: Universidad de Carabobo, Venezuela; 2003.
10. Almeida CM. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. Cadernos de Saúde Pública 2002; 18(4): 905-25.
11. Savigny D, Adam T. Systems thinking: what it is and what it means for health systems. In: Systems thinking for health systems strengthening. [Internet]. 2009. p. 37-48. Disponible en <http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/9789241563895/en/index.html> [consulta: 20 dic 2015].
12. Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S. Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad. Río de Janeiro: ISAGS; 2012.
13. Terris M. Tres sistemas mundiales de atención médica. Cuadernos Médico Sociales (Argentina) 1980; 14:27-35.
14. Rua MG. *Análise de políticas públicas: conceitos básicos*. Em: Rua MG, Carvalho MI. *O estudo da política: tópicos selecionados*. Brasília: Paralelo 15; 1998.
15. Nioche JP. Ciencia administrativa, *management* público y análisis de políticas públicas. Tecnología Administrativa 1997; 11(23): 69-98.
16. Gómez Arias RD. Manual de gestión de políticas públicas. [Internet]. 2011. Disponible en: [http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/814/Archivos\\_Modulo\\_3/Material\\_Basico/Gomez\\_RD\\_manual\\_politicas\\_cap\\_4\\_Aspectos\\_operativos.pdf](http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/814/Archivos_Modulo_3/Material_Basico/Gomez_RD_manual_politicas_cap_4_Aspectos_operativos.pdf) [consulta: 20 dic 2015].
17. Molina CG. Modelos de formación de políticas y programas sociales. [Internet]. 2002. Disponible en: [http://200.93.163.76:8080/moodledata/361/moddata/forum/574/18519/Formacion\\_de\\_Politi](http://200.93.163.76:8080/moodledata/361/moddata/forum/574/18519/Formacion_de_Politi)

- 
- [cas Publicas C 1 .G. Molina.pdf](#) [consulta: 20 dic 2015].
18. Viana AL. Abordagens metodológicas em políticas públicas. *Revista de Administração Pública* 1996; 30(2): 5-43.
  19. Lapuente O. La importancia de gobernar por política publicas: experiencias en políticas públicas. Guatemala: SEGEPLAN; 2008.
  20. Kingdon JW. *Agendas, alternatives and public policies*. Boston: Little Brown; 1984.
  21. Grindle MS, Thomas JW. *Public choices and policy change: the political economy of reform in developing countries*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1991.
  22. Rua MG. Análise de políticas públicas: conceitos básicos. BID. [Internet]. 1997. Disponible en: <http://portal.mda.gov.br/o/1635738> [consulta: 20 dic 2015].
  23. Salas Zapata W, Ríos Osorio L, Gómez Arias RD, Álvarez del Castillo X. Paradigmas en el análisis de políticas públicas de salud: limitaciones y desafíos. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2012; 32(1): 77-81. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v32n1/v32n1a12.pdf> [consulta: 20 dic 2015].