

Estado del arte de las investigaciones en salud, calidad de vida y enfermedad realizadas en Bogotá, D.C., durante el periodo 2010 – 2013

Informe técnico final Convenio Especial de Cooperación de Ciencia, Tecnología e Innovación no. 1803-2013.

Universidad de San Buenaventura Bogotá
Grupo de Investigación Avances en Psicología Clínica y de la Salud
Secretaría Distrital de salud
Dirección de Planeación Sectorial
Investigaciones y Cooperación
Bogotá agosto de 2014



SECRETARÍA DE SALUD

Créditos

Universidad de San Buenaventura

Rector

Fray José Arturo Rojas Martínez

Decana Facultad de Psicología

Nohelia Hewitt Ramírez

Director Centro de Innovación y Transferencia del Conocimiento-ITER

Omar Peña Reina

Secretaría Distrital de Salud

Alcalde Mayor

Gustavo Francisco Petro Urrego

Secretario Distrital de Salud

Mauricio Alberto Bustamante García

Subsecretario de Planeación y Gestión Sectorial

Julio Alberto Rincón Ramírez

Directora de Planeación Sectorial

Lucia Azucena Forero Rojas (E)

Coordinadora de Investigaciones y Cooperación

Solángel García Ruíz

Equipo de Trabajo

Universidad de San Buenaventura

Investigadores

Fernando Juárez Acosta
PhD en Psicología clínica y de la salud
Investigador principal.

Nohelia Hewitt Ramírez
Psicóloga, MSc., en Psicología
Coinvestigadora

Martha Cecilia Lozano Ardila
PhD., en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud,
MSc. Desarrollo Educativo y Social Experta
Análisis Cualitativo.

Carlos Alfonso Avendaño Triviño
Psicólogo, Magister en Gestión de
Organizaciones y especialista en Gerencia en
Servicios de Salud
Coordinador Trabajo de Campo

Nidian Andrea Buitrago
Profesional Sistematización de Información de
Investigación.

Auxiliares de investigación

María Clara Villa Orozco
Psicóloga.

Maité Paola Díaz Ruiz
Psicóloga.

James Hewitt Osorio
Psicólogo.

Helen Alexandra Garzón Borray
Psicóloga.

Frank Robert Calderón Barrero
Psicólogo

Secretaría Distrital de Salud De Bogotá

Solángel García Rupiz. TO Msc.
Coordinadora Investigaciones y Cooperación
Dirección de Planeación Sectorial.

Luz Myriam Díaz. TS Es.
Investigaciones y Cooperación Dirección de
Planeación Sectorial.

Rosa Nubia Malambo. OD.Msc.
Investigaciones y Cooperación Dirección de
Planeación Sectorial.

Coordinación Interinstitucional y Administrativa

Omar E. Peña Reina. Magister en Educación.
Director Centro de Innovación y Transferencia
del Conocimiento-ITER Universidad de San
Buenaventura-Bogotá.

Solángel García Rupiz. TO Msc.
Coordinadora Investigaciones y Cooperación
Dirección de Planeación Sectorial.

Catalina Muñoz. Administradora Financiera
Profesional ITER

Leidy Diaz Rivera. Economista.
Investigaciones y Cooperación Dirección de
Planeación Sectorial.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece de manera especial a los Jefes de las bibliotecas y Coordinadores de las hemerotecas de las Instituciones Universitarias visitadas, de las bibliotecas de los hospitales, centros de investigación y demás instituciones que permitieron acceder a las diferentes fuentes, bases de datos, repositorios, trabajos de grado de especialidades médicas, maestrías y doctorados.

De igual manera, se reconoce la colaboración de los investigadores que respondieron la invitación a enviar sus trabajos para ser incluidos en este estudio y a los demás investigadores que proporcionaron información a través de entrevistas y otros medios.

Se reconoce la colaboración del equipo de investigaciones y cooperación de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, bajo la coordinación de la Dra. Solángel García Ruiz.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	6
2. REFERENTES CONCEPTUALES	8
2.1 CONCEPTO Y MODELOS DE SALUD	8
2.1.1 El concepto de enfermedad y la definición negativa de salud	8
2.1.2 Otras acepciones de la salud y su relación con el marco social	9
2.1.3 La calidad de vida y la salud	12
2.1.4 Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida relacionada con la salud	15
2.2 ESTADO DEL ARTE	21
2.2.1 Características del estado del arte como método de investigación	22
2.2.2 El sentido de la hermenéutica en el estado del arte	24
2.2.3 El análisis descriptivo de los contenidos	26
2.2.4 Principios orientadores del estado del arte	27
2.2.4.1 La búsqueda de los textos	27
2.2.4.2 Unidad de análisis	28
2.2.4.3 Técnicas e instrumentos de recolección	29
2.2.4.4 Procedimiento del estado del arte	29
3. PLANTEAMIENTO DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	31
4. OBJETIVO GENERAL	32
5. METODOLOGÍA	33
5.1 Tipo de investigación	33
5.2 Variables	33
5.2.1 Variables documentales	33
5.2.2 Variables relacionadas con la agenda temática priorizada en CT+I en salud	33
5.3 Instrumentos	34
5.3.1 Ficha de recolección de información	34
5.3.2 Entrevista semiestructurada	34
5.3.3 Bases de datos	34
5.4 PROCEDIMIENTO	35
5.5 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	37
5.5.1 Plan de análisis cuantitativo	37
5.5.2 Plan de análisis cualitativo	38
6. RESULTADOS	41
6.1 Diseño, pilotaje y validación de la ficha de recolección de información	41
6.1.1 Revisión y correcciones por un grupo de jueces expertos	41
6.1.2 Resultado de la validación de contenido	41
6.1.3 Resultado del grupo de discusión	48
6.1.4 Pilotaje	51
6.2 Análisis cuantitativo de los documentos recolectados	58
6.2.1 Descripción del estado de las investigaciones en salud	58
6.2.2 Términos de búsqueda	59
6.2.3 Descripción transversal	61
6.2.3.1 Aspectos formales de los documentos	61

6.2.3.2 Tema investigado	67
6.2.3.3 Delimitación contextual	69
6.2.3.4 Referente teórico	72
6.2.3.5 Hipótesis y variables	74
6.2.3.6 Metodología	75
6.2.3.7 Resultados	77
6.2.3.8 Discusión	79
6.2.4 Descripción longitudinal	82
6.2.5 Determinación de los indicadores generales de los apartados del instrumento	82
6.2.5.1 Aspectos formales de los documentos	82
6.2.5.2 Tema investigado	83
6.2.5.3 Delimitación contextual	84
6.2.5.4 Referente teórico	85
6.2.5.5 Hipótesis y variables	86
6.2.5.6 Metodología	86
6.2.5.7 Resultados	88
6.2.5.8 Discusión,	89
6.2.5.9 Conclusiones y recomendaciones	89
6.2.6 Análisis de las diferencias entre los apartados generales del instrumento	90
6.2.7 Análisis de las tendencias de los apartados generales del instrumento	92
6.2.8 Interpretación de las tendencias de los apartados generales del instrumento	94
6.2.8.1 Análisis transversal	94
6.2.8.2 Análisis longitudinal	104
6.2.9 Condiciones que favorecen o limitan la publicación de los estudios de investigación en salud	113
6.2.10 Comentarios finales relacionados con las políticas de salud con base en los análisis cuantitativos	114
6.3 Análisis cualitativo de los documentos recolectados	116
6.3.1 Introducción	116
6.3.2 Prioridades en el plan decenal de salud pública	123
6.3.3 Factores globales que afectan la equidad en salud	147
6.3.4 Estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de las poblaciones	162
6.3.5 Sistemas, servicios y políticas de salud	164
6.3.6 Discusión	179
6.3.6 Conclusiones	184
REFERENCIAS	187
ANEXOS	198
1. Anexo 1. Ficha de recolección de información	198
2. Anexo 2. Instructivo para el diligenciamiento de la ficha descriptiva	207
3. Anexo 3. Tablas descriptivas de los ítems del instrumento por año	215

1. INTRODUCCIÓN.

Esta investigación se realiza por iniciativa de la Secretaría Distrital de Salud con el objetivo de avanzar en la formación de política pública de ciencia, tecnología e innovación para la salud en la ciudad de Bogotá y a mediano plazo poder identificar cuáles son las sugerencias, sean explícitas o no, que desde la mirada de la investigación se contempla para las decisiones políticas.

Este estudio pretendió identificar, caracterizar y analizar las investigaciones realizadas en Bogotá D.C., en el campo de la salud, la calidad de vida y la enfermedad, durante el período de 2010 a 2013.

Para tal fin, se diseñó una ficha de recolección de información que fue validada por jueces expertos y por los investigadores de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Esta ficha abarca 140 ítems que registran información acerca de los aspectos formales, el tema investigado, la delimitación contextual, los objetivos de la investigación, el referente teórico, la metodología, los resultados, la discusión, y las recomendaciones. Una vez validada dicha ficha, se entrenaron a 5 profesionales como auxiliares de investigación en su manejo y en la obtención de información a través de diferentes fuentes primarias y secundarias. Posteriormente, se elaboró un directorio de instituciones de educación superior, servicios de salud, centros de investigación, organizaciones, grupos de investigación y bases de datos para llevar a cabo la búsqueda de información. Se seleccionaron 28 Instituciones de Educación Superior. A partir del directorio de la Secretaria Distrital de Salud y por consulta en Colciencias e Internet se ubicaron 18 centros de investigación y 31 grupos de investigación que trabajan en estas temáticas. Igualmente, se seleccionaron 31 bases de datos y sitios Web donde se puede encontrar información de investigaciones sobre el tema.

Posteriormente, se inició el proceso de búsqueda y recolección de información para lo cual, la Secretaría Distrital de Salud elaboró una carta de presentación de los auxiliares de investigación, quienes realizaron las consultas en las diferentes instituciones y centros de investigación, la información recolectada en las fichas, se sistematizó en la ficha validada para tal fin, la que se organizó en formato Excel para el manejo de los auxiliares de investigación, y fue avalada por los profesionales de la biblioteca de la Secretaría de Salud. Se tomaron tesis de maestría, doctorado y de especialidad médica, así como artículos y documentos de investigación.

Se recogieron 1565 documentos de investigación realizados en el periodo comprendido entre enero de 2010 y diciembre de 2013. Una vez depuradas las bases de datos los análisis se realizaron sobre 1466 fichas. Se llevaron a cabo análisis cuantitativos y cualitativos de la información recolectada.

Los análisis cuantitativos se orientan a: a) identificar las tendencias en los años de los cuales se ha recogido información, b) revisar la descripción del estado de las investigaciones en salud en el cual se ofrece una descripción transversal y longitudinal del estado del arte de las investigaciones a los largo de los años 2010-2013, c) realizar descripciones por temas y actores, mediante estadística descriptiva y exploratoria, analizando las asociaciones entre los ítems más relevantes del instrumento de recolección de información; d) determinar los indicadores generales de los apartados del instrumento, para lo cual se realizan agrupamientos y se obtienen indicadores globales de la evolución de las investigaciones en salud, destacando la importancia de las variables en el indicador para obtener la importancia de temas y actores; e) hacer comparaciones múltiples entre los indicadores, para determinar cuál de ellos aporta más a la explicación de la evolución del estado del arte por temas y actores; y f) interpretar los valores y coeficientes obtenidos en los análisis realizados. El análisis cuantitativo incluye además las condiciones que favorecen o limitan la publicación de los estudios de investigación en salud.

El análisis cualitativo, incluye los análisis de categorías y subcategorías, desde una visión hermenéutica para lo cual se codificó la información agrupándola de acuerdo con las categorías establecidas que concentran las ideas, conceptos o temas que la soportan. Se obtuvieron categorías deductivas y emergentes y se llevó a cabo el análisis de las relaciones entre las categorías para poder elaborar una explicación integrada de los temas de interés.

El informe incluye tres apartados amplios que son, en primer lugar los referentes conceptuales referidos a la conceptualización de salud, enfermedad y calidad, y que incluyen también los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida relacionada con la salud, así como una descripción del estado del arte como técnica de investigación, en segundo lugar la metodología del estudio y, en tercer lugar, el análisis de resultados.

2. REFERENTES CONCEPTUALES.

2.1 CONCEPTO Y MODELOS DE SALUD.

El concepto de salud adquiere múltiples interpretaciones, desarrollándose en estrecha relación con el de enfermedad y, actualmente, con el de calidad de vida. La salud cambia en cada persona y en momentos diferentes de sus vida, por lo que parecen existir diferentes aproximaciones parciales a un concepto único de salud (Juárez, 2010, p. 6). Sin embargo, la salud tiene realidad ontológica, especialmente a partir de las definiciones que surgieron recientemente dentro del enfoque positivo y, anteriormente, en la corriente humanista.

Debido a las numerosas interpretaciones existentes, es necesario diferenciar contextos y determinantes de la misma. Así, la salud entendida como negación de la enfermedad, proporciona un campo seguro de actuación, mediante la existencia de diagnósticos que la caracterizan, y tiene todavía una gran vigencia (Juárez, 2010, p. 8; Sadegh-Zadeh, 2000), pero constituye una referencia permanente a la enfermedad. Esto ocurre incluso en enfoques que aparentemente propician un acercamiento diferente a la salud, debido a las condiciones crónicas de enfermedad que tienen muchos individuos (World Health Organization [WHO], 2001). Ante esto es conveniente también detenerse en lo que constituye el concepto de enfermedad, debido a las múltiples referencias que la salud hace a la misma y a que es un elemento central en alguna definición de salud.

2.1.1 EL CONCEPTO DE ENFERMEDAD Y LA DEFINICIÓN NEGATIVA DE SALUD.

El concepto de enfermedad no es ajeno a las condiciones sociales, ya que la misma constituye también un acuerdo social. Esto es cierto no solo desde un punto de vista subjetivista o del construccionismo, sino que es la sociedad la que interpreta una disfunción como perjudicial (Wakefield, 2007), introduciendo una perspectiva social en la caracterización de la enfermedad misma. El concepto de enfermedad tiene también múltiples presentaciones, por lo que está lejos de ser un concepto unificado.

La presencia de síndromes clínicos, desviaciones estructurales, funcionales o mixtas, mecanismos etiológicos y patogénicos y las dificultades interpersonales (Jablensky, 2007), forman una red que resulta difícil de integrar dentro de un mismo paradigma conceptual. En este sentido, el hecho de la valoración social, permite que elementos dispersos, puedan mostrar una relación de pertenencia y conformar un conjunto caracterizado porque algo es perjudicial para la sociedad.

No solo esto, sino que la referencia a la población y a las características de la misma, en el concepto de normalidad (Boorse, 1987), es también un reconocimiento al hecho de que la sociedad impone un marco de referencia dentro del cual se evalúa si existe o no enfermedad, incluso en un contexto clínico. Es el marco de relaciones del clínico y del paciente donde se pone de manifiesto esto mismo, al determinarse la existencia de un diagnóstico. Así, se independiza en cierta forma de la naturalidad del origen de la enfermedad, reconociendo la existencia de variaciones con orígenes múltiples.

Todo esto arroja dificultades cuando se conceptualiza la salud como ausencia de enfermedad, ya que se aleja del concepto unificado de enfermedad, por lo que promueve, en contraparte, un concepto múltiple de salud.

2.1.2 OTRAS ACEPCIONES DE LA SALUD Y SU RELACIÓN CON EL MARCO SOCIAL.

La salud alejada del concepto de enfermedad adquiere numerosas características que le proporcionan mucha riqueza conceptual, pudiendo definirse con componentes individuales o sistémicos, objetivos y subjetivos y en relación o no con otros componentes externos.

Como sistema, la salud es un sistema integral que comprende aspectos biológicos, psicológicos y sociales (Engel, 1977), con multicausalidad comprensiva, dentro de una perspectiva holista (Sperry, 2008). Esta aproximación, flexible e integradora, es también una oportunidad de hacer partícipes a los individuos de la estructura del sistema de salud. Lejos de proponer simplemente una dimensionalidad múltiple, a veces difícil de conceptualizar, constituye una integración de la comunidad en el sistema. Por este mismo motivo, es complicada su operacionalización.

El sistema conceptual-clínico no se deja permear fácilmente por las interacciones con los individuos, a no ser que esas interacciones propicien nuevos conocimientos clínicos. La clínica se puede retroalimentar a sí misma, en un sistema cerrado. La forma en la que la salud

se concibe en este sistema, es a modo de integración con las diferentes fases de tránsito del individuo por el sistema de salud, en el cual no solo tiene presencia pasiva, sino también activa. La interacción con el profesional enmarca la salud dentro de una perspectiva constructiva del concepto, ya que el individuo no solo consulta sino que también propone y toma decisiones. Esto genera una cierta igualdad ante el fenómeno de la salud.

Antonovsky (1979, 1987), lleva más lejos el carácter integral de la evaluación de la salud al proponer una conjunción entre las características individuales y las características sociales, las cuales determinan aspectos de la salud individual y también comunitaria. Su centramiento en el sentido de coherencia proporciona una conexión interna-externa en relación a los estresores del medio, y a la forma de utilizar los recursos que se tienen. Es la salud así establecida un elemento de alta subjetividad, pero dentro de una red objetivada donde lo empírico tiene también plena cabida. Además, el individuo debe comprender el ambiente, para estar en disposición de interactuar con él; la salud se da en el medio y en ausencia de conocimiento del mismo, las amenazas son mucho mayores.

La autoconfianza que propicia el concepto y la decidida vocación por los casos exitosos, hace que se pueda ver la salud no solo como contraposición a la enfermedad sino casi como un logro personal donde el elemento clave es la permanente capacidad del individuo para solucionar problemas, con creatividad e innovación permanente.

Sin duda, todo lo anterior, propicia una concepción de la salud como algo que tiene ya existencia propia y que reconoce no solo la existencia de los componentes orgánicos-biologicistas sino también la presencia de elementos psicológicos y sociales que determinan la salud y la definen. Estos conceptos también adquieren carácter positivo por el hecho mismo de que se puedan definir sin referencia a otros, es decir es posible definir la salud con una serie de características propias.

La salud social, física, intelectual, espiritual y emocional (O'Donnell, 1989) tienen cabida dentro del concepto de salud, junto con el estado de bienestar y la percepción de los individuos sobre su vida (Keyes, 2002), lo que da lugar a un individualismo en la forma en la que se siente la salud, el cual no está sometido a categorizaciones previas. No obstante, se han propuesto las dimensiones de bienestar, contención y satisfacción, fluidez y felicidad, la esperanza y el optimismo como dimensiones de la salud (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). De esta manera, aspectos de percepción personal adquieren protagonismo dentro del concepto de salud, si bien establecen nuevas categorías, más difíciles de evaluar.

Dentro del innatismo que a veces caracteriza a estos planteamientos, es posible, sin embargo, apreciar el esfuerzo por conseguir una perspectiva nueva de algo que siempre ha estado en las concepciones históricas de la salud y que se fundamente en el individuo como centro del sistema de salud y no el sistema de salud como centro de la salud al que acude el individuo. En este sentido, es la persona la que enferma no el organismo (Kolcaba, 1997) y son aspectos de vitalidad, bienestar, complejidad, resiliencia, balance, armonía, etc. (Hamilton, Phillips, & Green, 2004), los que resultan afectados. Las personas tienen habilidades, metas, objetivos, propósitos en su vida y es la capacidad de hacer lo que necesita hacer, lo que proporciona salud (Nordenfelt, 2006).

La persona elige, tiene opciones y debe satisfacer sus necesidades orientándose hacia la felicidad personal, dentro de una serie de toma de decisiones y acciones que afectarán sus vida y la vida de otras personas (Parish & Van Dusen, 2007). Es su momento presente lo que muchas veces importa y es lo que desea realmente, lo que quiere conseguir y los medios que tiene para conseguirlo, los que hacen que el concepto de salud se actualice permanentemente.

Estas formas de ver la salud, son optimistas por naturaleza, ya que promueven una sensación de que es posible, a pesar de la existencia de numerosas condiciones, alcanzar la salud. Se puede ser o estar sano de muchas maneras. Pero, sin duda, esto requiere saber hacer las cosas, por ejemplo, el bienestar puede ser una también una tendencia adaptativa (Brickman & Campbell, 1971; Kahn & Juster, 2002). Así, la adaptación se produce en ciertos contextos, los cuales, como se mencionó anteriormente requieren que se les comprenda y, de igual manera, que se sepa actuar en concordancia con el contexto y con los objetivos propios. Esto requiere sin duda madurez, se requieren características de confianza en el propio juicio, estabilidad, control, autonomía y también preocupación por los otros (Isambert, 1961). Existen etapas y fases en el desarrollo, pero la madurez puede estar presente de muchas maneras en cada una de ellas.

Igualmente, se requiere un adecuado manejo emocional, una focalización en las emociones con claridad, reducción de las emociones negativas y prolongación de las positivas (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, & Palfai, 1995, p. 127).

El resultado de esos esfuerzos es el bienestar, el cual es equivalente a salud (Kahn & Juster, 2002). De esta manera diferentes formas de entender la salud podrían confluir en el concepto de bienestar. No obstante, este concepto no pretende cristalizar las numerosas definiciones de salud; precisamente lo interesante del concepto de salud reside en las

diferentes formas que puede adoptar, las cuales generalmente escapan al análisis del profesional, el cual es posible que permanezca anclado en lo rutinario de su práctica cotidiana.

Alejarse de la comprensión de las circunstancias que rodean la salud, de la subjetividad que encierra el concepto y de la determinación social que justifica la existencia del mismo, propicia acciones descontextualizadas de salud. Es necesario recordar que el concepto de resiliencia, el cual constituye otro elemento definitorio o asociado a la salud, exige que exista un evento traumático y una recuperación al nivel de funcionamiento anterior (Carver, 1998), pero no solo eso, sino que es posible también salir enriquecido (Fiorentino, 2008). Así, la salud consiste en un fenómeno complejo.

Se puede utilizar de manera rutinaria el mismo modelo de salud, pero las ventajas de atender a un concepto amplio y diverso de salud son numerosas dando lugar a mayor experticia y aprovechamiento de los recursos de salud, comprendiendo mejor a las comunidades y los individuos (Juárez, 2011).

2.1.3 LA CALIDAD DE VIDA Y LA SALUD.

Las características del concepto de calidad de vida y sus resonancias emocionales lo hacen proclive a ser utilizado de muy diferentes maneras. Este concepto significa cosas muy diferentes y también resulta difícil de asociar con un contenido único, lo que hace su aplicación a veces confusa. De esta manera, hay que revisar los problemas existentes en cómo se generan los instrumentos de evaluación de la misma, su aplicabilidad y la generalidad de sus resultados (Brown & Gordon, 1999).

La calidad de vida se ha convertido en algo a incluir en numerosas evaluaciones en salud, y aunque a veces su conceptualización refleja elementos presentes en la salud, como la felicidad o el bienestar, no es igual a la salud. Debido a que no es únicamente una serie de indicadores económicos, sino que comprende aspectos sociales y psicológicos (Allen, Bentler, & Gutek, 1985), la calidad de vida también puede incluir algo similar a la salud, un sentido económico a modo de años de vida ajustados a calidad, y la satisfacción de necesidades en contenidos cognoscitivos (Hunt, 1997). Así el concepto se expande a diversos dominios e incluso disciplinas las cuales se integran dentro del campo de la salud o están relacionadas con la misma.

La introducción de la calidad de vida en el ámbito de la salud proporciona diferentes beneficios, no solo desde el punto de vista de la atención en salud, sino que también hace ver como más próximos a la realidad individual, los resultados de la atención. El concepto se puede centrar en aspectos de la vida y subjetividad de las personas por lo que impacta de manera más directa en el individuo y las comunidades en la interacción con el sistema y las acciones de salud. Esto hace que la calidad de vida sea una variable emergente de una considerable importancia en salud, mucho más específicamente cuando se consideran sus aspectos individuales (Mezzich, 2005).

Son estos aspectos los que a veces le dan relevancia. La calidad de vida proporciona una mirada sobre la vida del individuo, la cual puede estar ausente en las intervenciones en salud. La confluencia de las aproximaciones objetivas y subjetivas a la calidad de vida reconoce de manera explícita la importancia de los componentes individuales, pero no olvidan los aspectos cuantitativos de evaluación de las condiciones de vida, ni su inserción en una realidad social. De esta manera, estos dos componentes, el objetivo y el subjetivo, hacen referencia a diferentes métodos y datos obtenidos, el objetivo se refiere a la justicia o el bienestar, y el subjetivo lo hace a la percepción subjetiva de bienestar (Vittersø, 2004) o la evaluación que se hace de la propia vida (Diener, 2000).

Así, el subjetivismo implícito en la definición adquiere, en muchas ocasiones, preponderancia en los casos individuales, mientras que los aspectos objetivos parecen referirse a una relación con el contexto, es más social. No obstante, ambas perspectivas están siempre presentes en la operativización del concepto y deben tenerse en cuenta, a pesar de lo difícil de su articulación. La confluencia de ambas se hace evidente cuando se define el nivel de funcionamiento como un indicador de la calidad de vida, ya que dicho nivel siempre es en referencia a lo que se considera adecuado, lo que consiste en una norma social, sociobiológica y evolutiva. No solo eso, sino que la calidad de vida se evalúa en un contexto, y es ese contexto el que proporciona los elementos para definirla.

Es en este sentido interactivo del individuo con los aspectos evaluativos y con el origen de la evaluación, donde se debe reconocer la existencia de la complejidad de la calidad de vida. Las creencias de los individuos adquieren, en ocasiones, una apariencia de realidad, la cual requiere de un análisis detenido para no aceptar siempre como ciertas las evaluaciones subjetivas de calidad de vida (Najman & Levine, 1981). De esta forma, los elementos

objetivos respaldan el análisis subjetivo y permiten por ejemplo diferenciar dicha calidad de vida de los procesos de otro tipo, como los adaptativos (Brown y Gordon, 1999).

Para entender los resultados obtenidos en la percepción de la propia calidad de vida, se deben utilizar una constelación de componentes cognitivos y existenciales sobre el medio externo físico-social dentro de un modelo de mediación de los componentes cognitivos (Juárez, 2010, p.128).

La calidad de vida relacionada con la salud es un campo restringido de aplicación del concepto amplio de calidad de vida el cual incluye numerosos aspectos tales como estilo de vida, vivienda, satisfacción con la escuela y el empleo, y situación económica, o también empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente, etc. (Velarde-Jurado & Ávila-Figueroa, 2002). Sin embargo, estos aspectos comprenden infinidad de dimensiones, las cuales resultan de gran interés, ya que definen realidades sociales y vivenciales que, a veces, no se aprecian en los componentes estrictamente individuales.

No obstante, cuando se indica que la calidad de vida se compone de la función física, el estado psicológico, la sociabilidad y la somatización (Gonzáles, Bousoño, González-Quirós, Pérez, & Bobes, 1993), entre otros, se hace referencia de manera propia a la calidad de vida relacionada con la salud, incluso reconociendo la dificultad existente para diferenciar unos de otros (Ferrans, Zerwic, Willbur, & Larson, 2005). Una gran cantidad de indicadores, tales como nutrición, vivienda, vestido, salud, educación, seguridad, ocio y los aspectos cualitativos del entorno físico, social, político y económico (Gonzáles, et al., 1993) comprenden de una u otra manera el concepto de salud y, por lo tanto, la calidad de vida relacionada con la salud, reflejando así la dificultad mencionada.

Así pues, la calidad de vida relacionada con la salud incluye dentro de su conceptualización y operativización la dificultad de diferenciarse de los otros campos propios de la calidad de vida. En este sentido, se ha entendido como aquella que se refiere a la salud y al estado funcional (Bowling, 1991), o la percepción subjetiva y la evaluación de la salud por los propios individuos (Wilson, 2004), o los efectos que la enfermedad y el tratamiento tienen sobre la vida de las personas y al grado de satisfacción que se tiene sobre las mismas (Muldoon, Barger, Flory & Manuck, 1998), entre otras.

En gran parte, estas delimitaciones conceptuales de la calidad de vida relacionada con la salud, hacen referencia no solo a la actuación objetiva o subjetiva individual, sino también

al contacto con el sistema amplio de salud, el cual en sus diversos compartimentos funcionales y mecanismos de interacción con los individuos y comunidades, determina la calidad de vida de los mismos.

2.1.4 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD.

A medida que los países vayan avanzando hacia la cobertura universal de salud, será necesario un enfoque intersectorial de los determinantes sociales de la salud, ya que los avances en salud no están distribuidos por igual en los países y entre ellos, esa inequidad sigue siendo el mayor reto para la salud y el desarrollo sostenible en las Américas, especialmente teniendo en cuenta que la brecha económica entre los privilegiados y los desposeídos casi se ha triplicado (Etienne, 2013). La región es principalmente urbana y de ingresos medios, con una heterogeneidad y desigualdad enormes, lo que tiene implicancias importantes tanto para la salud como para sus determinantes sociales (Marmot, Filho, Vega, Solar, & Fortune, 2013).

Aspectos como la desigualdad en salud (Alves & Escorel, 2013), el lugar de residencia en interacción con las características de género como predictor de problemas de salud mental (Mullings, McCaw-Binns, Archer, & Wilks, 2013), las desigualdades en el tipo de seguro de salud las cuales generan una barrera para el acceso al cribado de cáncer de cérvix (Barrionuevo-Rosas, Palència, & Borrell, 2013), la desigualdad en la salud bucal, la cual demanda acciones intersectoriales (Soares, Lima, & Teixeira, 2013), y la incidencia de las condiciones de vida de las mujeres, y la organización y calidad de los servicios de salud, en el abandono del proceso de diagnóstico y tratamiento de ciertos procesos cancerosos (Paolino, Sankaranarayanan, & Arrossi, 2013), entre otros, ponen de manifiesto la importancia de las condiciones sociales en los procesos de salud. Así pues, emergen las condiciones de desigualdad, equidad y acceso a los servicios, como relevantes en salud y calidad de vida y no se pueden desvincular de los mismos.

El buen gobierno en el sistema de salud, la equidad y la sostenibilidad constituyen una preocupación permanente en las reuniones internacionales (Bueno, Moysés, Reis, Bueno, Moysés, 2013), lo que pone de manifiesto que la salud no es únicamente un conglomerado de dimensiones individuales o incluso procesos sociales de adaptación o afrontamiento al

medio, sino que prevalecen muchas condiciones sociales estructurales y funcionales que hacen difícil garantizar la salud en los individuos y comunidades.

Las acciones comunitarias se hacen necesarias, así como una adecuada forma de evaluar sus progresos en salud (Collie-Akers, Fawcett, & Schultz, 2013), al igual que la acción intersectorial. No solo eso sino que es necesario considerar también la interacción de los sistemas de salud con los determinantes sociales, ya que eso puede dar lugar a nuevas categorías, modelos y propuestas. Las formas de aproximación limitadas, de producción, recíproca, de unión y de sistemas, son consideraciones actuales sobre dicha interacción y entre ellas, se propugnan las dos últimas como aquellas que realmente favorecen la interacción y deberían guiar el cambio (Russell, 2013).

Dirigirse hacia la universalidad en salud implica una entrega equitativa y comprensiva de los servicios de salud en un sistema de salud fuerte y alineado con múltiples sectores, lo que se consigue desagregando los indicadores para reflejar gradientes sociales y la estratificación social y conectando estos indicadores y los resultados en salud con políticas dentro y fuera del sistema de salud (Vega, & Frenz, 2013).

Los determinantes sociales deben integrarse en todas las acciones del sistema de salud. De esta forma también tienen que integrarse con los sistemas de promoción de salud en los niveles de comunidad, nacional y regional (Jackson, Birn, Fawcett, Poland, & Schultz, 2013). Solo así se realizará una intervención en salud y calidad de vida que contemple sus diferentes concepciones.

El enfoque de los determinantes sociales permite comprender cómo se producen socialmente las enfermedades, la dinámica de la salud, identificar cómo se generan las respuestas que protegen la salud y evitan la enfermedad (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2012, p. 13). En este enfoque los determinantes estructurales están relacionados con las estructuras geopolíticas, sociales y económicas del país, las políticas nacionales, las prioridades políticas, las decisiones de los gobiernos y las formas de tratamiento del trabajo, e incluye el género (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2012, p. 14). Los determinantes sociales de la salud se articulan con la estrategia promocional de salud y calidad de vida, la cual es transversal a todas las acciones que produzcan salud (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2012, p. 16).

Los determinantes de la salud pueden definirse como las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas, las características específicas del contexto social que

influyen en la salud y las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios y se pueden alterar (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, s.f.d., pp. 21-22).

Los determinantes intermedios constituyen las características del contexto y las relaciones entre individuos, las cuales pueden ser el acceso y prestación de servicios, oportunidades del medio o condiciones ambientales (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2012, p. 15). A su vez, los determinantes proximales se relacionan con los estilos de vida y las condiciones individuales, como la estructura psicosocial, familiar, y aspectos genéticos y físicos, entre otros (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2012, p. 15).

De esta manera, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá considera que la salud está socialmente determinada y desarrolla el concepto de salud como elemento fundamental del desarrollo y, específicamente, del desarrollo humano (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, s.f.d., p. 9). El desarrollo humano comparte una visión común con los derechos humanos, los cuales tienen como meta la libertad humana (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, s.f.d., p. 31). Esta consideración de la salud como un elemento determinante del desarrollo humano, está en estrecha relación con los principios de equidad, solidaridad, respuesta a las necesidades, accesibilidad, atención integral, sostenibilidad, longitudinalidad, continuidad, efectividad, intersectorialidad y participación en salud (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, s.f.d., pp. 12-16). Esto se traduce en estrategias de fortalecimiento de la participación ciudadana y comunitaria en salud, de ajuste del modelo de atención integral e integrada en salud que reconozca la diversidad étnica, cultural, de género y generación (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, s.f.d., p. 33). Además, el Sistema de Salud puede considerarse como un determinante social de la salud (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, s.f.d., p. 34).

La secretaría de salud del distrito, en Bogotá, ha implementado acciones orientadas a la consecución de la salud y la calidad de vida de la población, reconociendo la importancia de los determinantes sociales de la salud y de la calidad de vida. Así, en el decreto 691 de 30 de Diciembre de 2011, por medio del cual se adopta la Política Pública de Prevención y Atención del Consumo y la Prevención de la Vinculación a la Oferta de Sustancias Psicoactivas en Bogotá D.C. (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2011), se establece que el fenómeno del consumo comprende aspectos de salud física, mental, social y factores históricos, políticos, económicos y culturales (Artículo 2, Parágrafo 1º) (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2011), e igualmente destaca el promover acciones de intervención con base en el enfoque de

derechos (Artículo 2, Parágrafo 2º) (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2011). Dentro de este enfoque se destaca la necesidad de unos principios como son la universalidad, la equidad, la participación ciudadana, la sostenibilidad, gestión y la continuidad.

De esta forma, los componentes de la salud incluyen aspectos de madurez, responsabilidad y autocontrol, ya que el ejercicio de las responsabilidades y la participación se realiza dentro de la comprensión del contexto y de sus posibilidades con un objetivo determinado. Dentro de esto se hace evidente la necesidad de favorecer el ejercicio pleno de los derechos, potenciar los vínculos afectivos y sociales y mejorar la calidad de vida (Artículo 7) (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2011).

En la política pública sobre el dolor “Bogotá sin dolor”, se mencionan las consecuencias en la calidad de vida que tiene el padecer este problema (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, s.f.a, p.23). Resulta de interés la conexión entre el hecho del dolor y la calidad de vida; así, teniendo en cuenta las formas en las cuales se puede materializar la calidad de vida, los aspectos sociales están presentes en las consecuencias del padecimiento o en la propia definición del mismo, aunque con una vinculación a la enfermedad y a la calidad de vida.

Igualmente, dentro de esta política se señala la necesidad de tener en cuenta los principios de respeto por la dignidad humana, equidad y solidaridad, así como los valores de integralidad, racionalidad, trabajo en equipo y empatía (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, s.f.a, pp. 30-31). En este mismo documento se menciona el enfoque de derechos y de desarrollo humano, como un proceso de ampliación de las opciones, capacidades humanas y libertades, educación y un nivel de vida digno, con participación social y toma de decisiones (Escuela Virtual para América Latina y el Caribe-Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo, s.f.; Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, s.f.a, pp. 30-31).

El desarrollo se asocia directamente con el progreso de la vida y el bienestar humano, con el fortalecimiento de capacidades relacionadas con todas las cosas que una persona puede ser y hacer en su vida, en forma plena y en todos los terrenos, con la libertad de poder vivir como le gustaría hacerlo y con la posibilidad de que todos los individuos sean sujetos y beneficiarios del desarrollo (Escuela Virtual para América Latina y el Caribe-Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo, s.f.; Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, s.f.a, p. 31). Esto pone de manifiesto la conexión existente entre la salud, la calidad de vida y el bienestar con el desarrollo, los componentes anteriores son determinantes del desarrollo, el

cual no se debe confundir con ellos mismos. Es decir, dichos componentes hacen posible este desarrollo dentro de una cadena causal.

En los programas para abordar la mortalidad materna y perinatal, se considera como dimensión de la acción la promoción de la calidad de vida y la salud en sus esferas individual, colectiva, institucional, subjetividad y sostenibilidad (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, s.f.b, p. 4). Esta dimensión incluye oportunidades, comunicación apreciativa, redes y otras acciones más relacionadas con la vigilancia y atención primaria (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, s.f.b, p. 4), pero incluye también la identificación de las necesidades sociales y la escucha de lo que cobra sentido para las familias y las gestantes, dentro de un enfoque familiar, de derechos y de ciclo vital, promocional de la salud y la calidad de vida, comunitario y de género (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, s.f.b, pp. 9-10).

Igualmente, en la Política para la salud y calidad de vida de las trabajadoras y los trabajadores de Bogotá D.C., el enfoque de los determinantes sociales se hace explícito junto con el enfoque de derechos y el poblacional, a los cuales se añaden estrategias de salud y calidad de vida, de atención primaria y de gestión social integral de entornos saludables (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2012, p. 11).

De la misma manera, en las enfermedades crónicas se reconoce que el modo de vida de una sociedad puede traer como consecuencia patrones que deterioran la vida de los ciudadanos y que los estilos de vida relacionados con sus propias características biológicas y su medio residencial y laboral, determinan factores de riesgo como el tabaquismo, el sedentarismo y la alimentación inadecuada (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, s.f.c., p. 5).

La Propuesta de lineamiento de la política distrital de sexualidad de Bogotá 2012 – 2022, incluye también los determinantes sociales de la salud; así, las enfermedades se deben atender con efectividad, pero dentro de un marco de determinantes relacionados con el desarrollo humano (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá de Bogotá, s.f.d., p. 38), donde la sexualidad está determinada por factores políticos sociales, económicos culturales, que definen su vivencia para cada sujeto, con lo que se estructuran brechas de inequidad para su ejercicio y disfrute (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá de Bogotá, s.f.d., p. 70).

En relación con la Política pública de participación social en salud y servicio al ciudadano, se propone que la misma se dirige a lograr respuestas a necesidades sociales y sanitarias, por lo que se impulsarán procesos de gestión social integral, que posibiliten

adecuadas respuestas institucionales y comunitarias, que impacten los determinantes de la calidad de vida y la salud (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, s.f.e., pp. 19-20). Igualmente se impulsarán los procesos de planeación participativa y construcción de agendas sociales comunitarias con enfoque de derechos, para afectar los determinantes de salud (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, s.f.e., p. 28).

Así pues, los elementos constituyentes de las diferentes aproximaciones a la salud y la calidad de vida, se encuentran presentes en las acciones de la Secretaría Distrital de Salud, dentro de una estructura que comprende como marco amplio los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida, ambos como elementos definitorios del desarrollo.

2.2. ESTADO DEL ARTE.

En la investigación, la metodología además de ser un dispositivo para lograr algunos objetivos en particular, también es una teoría que orienta la forma de explicar e interpretar el tema o problema que está estudiando y que supone una cierta manera para desarrollar la investigación, de allí la importancia de entender la teoría y la metodología en relación y no como dos elementos independientes. En este orden de ideas, el objeto de estudio está incluido por las concepciones de salud, enfermedad y calidad de vida en Bogotá D. C. En la producción del estado del arte, el mismo estará afectado por el conjunto de teorías que se identifican en los trabajos de investigación objeto de análisis. Por otra parte, la metodología también influye en el análisis de la tendencia investigativa y documental sobre el tema objeto de revisión. En tercer lugar, las fuentes de información documental también influirán en los análisis y resultados que se obtengan para mostrar las tendencias investigativas en el campo.

El origen del estado del arte se remite a la clasificación hecha por Aristóteles en su libro primero de Metafísica, en él clasifica el conocimiento como Ciencia, Experiencia y Arte. El arte básicamente busca conocer la utilidad de un nuevo conocimiento, el cual no está referido sólo a la música, la poesía o la pintura, también se refiere a la medicina o la ingeniería.

El «*ars*», equivalente a la palabra griega «*techné*», es decir que se equiparó la expresión artística con la tecnología, en cuanto que son creaciones y producciones humanas, sustentadas en ideas y un «*method*».

A finales del siglo XIX se empezó a usar la frase “Status of the art”, *art* palabra en inglés que es igual a *ars*, para referirse al nivel de desarrollo que, hasta un momento determinado, ha alcanzado un arte técnico. Posteriormente, al iniciar el siglo XX adquiere uno de los significados que hasta hoy se le da “como el estadio actual de desarrollo” de un tema práctico o tecnológico; más exactamente, en 1910 Henry Harrison, en su manual de Ingeniería emplea el término como tal para referirse a que “el estado actual de la técnica es todo lo que se puede hacer” (Oxford English Dictionary, 2010).

Hacia la década de los 60 se le da la connotación de estado de la mejor o más novedosa técnica en alguna actividad o producto, en este sentido, está referido a lo último o a lo más avanzado en un determinado campo o en relación con una tecnología.

En las investigaciones científicas el estado del arte corresponde a una investigación de investigaciones en relación con el tema o problema de investigación; es una parte fundamental de la investigación para conocer los aportes al campo de conocimiento en cuestión.

Se busca con el estado del arte conocer tanto lo desarrollado, como las actualizaciones y los aportes nuevos para dar cuenta de los avances en un campo de conocimiento particular.

2.2.1 CARACTERÍSTICAS DEL ESTADO DEL ARTE COMO MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.

Un estado del arte es una metodología que muestra evidencias sobre el estado de un determinado campo de conocimiento y que a su vez permite seguir indagando sobre él. No obstante, es importante tener en cuenta que con un estado del arte no se pretende tener una visión totalizante de la investigación producida en torno a un tema de investigación. En coherencia con estas reflexiones, un estado del arte se plantea en términos de unos límites temporales, de unidades de análisis, de contextos y contenidos para dar cuenta de las principales tendencias, la cobertura temática, los vacíos teóricos, instrumentales y metodológicos y de análisis, o de los niveles de impacto logrados en un campo de conocimiento, de las formas de registro de datos, y de los resultados logrados; en otros términos, una producción contextualizada de investigaciones en un tema específico a partir de documentos primarios y secundarios fundamentalmente.

El estado del arte, es visto como una etapa de la investigación o como una investigación en sí misma que se ubica dentro del grupo de las investigaciones documentales. Se emplea con el propósito de obtener y analizar reflexivamente y críticamente el conocimiento sobre la producción investigativa en un determinado campo de conocimiento, tema u objeto de estudio (Cifuentes, 1993).

Los documentos de investigación como tesis, informes, artículos, protocolos son fuente de información cuantitativa y cualitativa valiosa para explicar y comprender el tema de estudio desde las distintas perspectivas epistemológicas, metodológicas y de análisis.

Un estado del arte es la evidencia del saber acumulado sobre un tema, en un rango de tiempo determinado, con connotación histórica que denota las variaciones entre momentos, épocas o períodos. Los resultados obtenidos del Estado del Arte pueden dar lugar a nuevas

investigaciones, diseño de políticas, ajuste de políticas existentes o sobre estrategias y formas de intervención, cuando se requiere.

Una de las tesis fundamentales que justifica el estado del arte es que solamente se analiza, cuestiona o se reflexiona lo que se conoce. Por consiguiente, hacer un estado del arte exige una evaluación completa a nivel descriptivo, sinóptico y analítico para hacer el ejercicio de comprensión y develar el sentido real de los textos, los logros y limitaciones (Hoyos, 2000).

Desde el punto de vista teórico posibilita conocer los paradigmas que sustentan las investigaciones producidas y formular interrogantes que vayan más allá de los que se encuentran en los textos analizados. Lo anterior es relevante en un estado del arte, pues cada paradigma orienta y produce un conocimiento científico con significados propios de su epistemología y el contexto en que se usa (Nogueira, Castro y Navarro, 2008).

Lo metodológico es objeto de reflexión a partir del estado del arte ya sea en los criterios científicos como en los prácticos. Permite ubicar epistemológicamente la investigación, determinar el método empleado para desarrollarla, los instrumentos utilizados. El método sustentado en la epistemología se constituye en una forma de conocimiento determinada por el objeto (Nogueira, Castro y Navarro, 2008). Desde el punto de vista teórico, metodológico y analítico, el estado del arte funge como una investigación sobre investigaciones, en tanto permite develar la epistemología, la lógica, los criterios y procedimientos metodológicos, los análisis efectuados en una investigación, ya sea para describir, explicar o interpretar un fenómeno.

Desde el punto de vista práctico, atendiendo a la responsabilidad social de la investigación, se espera aportar a la solución de un problema del contexto. Desde lo analítico posibilita definir el método de análisis utilizado de acuerdo con las variables o categorías de estudio y los hallazgos fundamentales en concordancia con la pregunta y objetivos de investigación.

El estado del arte exige procedimientos hermenéuticos para dar significado a los textos producto de las investigaciones. La lectura cuidadosa y reflexiva posibilita desentrañar el sentido de los documentos a partir de sus ideas fundamentales. Permite además establecer las relaciones entre sus partes para identificar coherencias, contradicciones y vacíos (Montero y Hochman, 2005).

2.2.2 EL SENTIDO DE LA HERMENÉUTICA EN EL ESTADO DEL ARTE.

La hermenéutica es un elemento central en el estado del arte, pues es la vía que posibilita la interpretación y la comprensión desde el entendimiento crítico y objetivo de la información obtenida, conservando su sentido. Considera Schaleiermacher (1809/1974; 1999) que existen dos fases importantes en el ejercicio hermenéutico: a) la interpretación gramatical articulada al sentido gramatical de las palabras y, b) la interpretación técnica, psicológica o subjetiva orientada a captar la particularidad significativa de cada investigación. Sobre este aspecto considera Hoyos (2000) que:

“La hermenéutica, en tanto ciencia de la interpretación, es el elemento estructurador del proceso de construcción de estados del arte; es por ello que, partiendo de la investigación del fenómeno en estudio, se puede llegar a la comprensión y a la transformación del mismo, mediante un recorrido que va de los referentes inmediatos a los resultados de esta investigación y finalmente a la comprensión en una secuencialidad que permite enlazar descripción, explicación y construcción teórica nueva desde esa comprensión.” (p. 61).

Se produce, entonces, una totalidad de sentido cuando se indica el dinamismo interno del proceso, el cual está constituido por niveles cuya lógica orienta los niveles de significación de la obra que se analiza. Son niveles que consisten, en el sentido ricœuriano, en un acontecimiento de lectura de un acontecimiento de escritura, con el propósito de captar la totalidad a partir de los múltiples niveles: cultural, social, político, jurídico, que encierra la obra en cuestión. Estos niveles están regidos por la pertinencia y la coherencia.

Tres son los momentos articulados los que constituyen la hermenéutica: “*subtilitas intelligendi*” que corresponde a la comprensión; “*subtilitas explicandi*” o momento de la explicación y “*subtilitas aplicandi*” que corresponde a la aplicación. Es importante precisar que lo que verdaderamente está en juego en la hermenéutica es la relación entre lo universal y lo particular, entre el todo y las partes. La comprensión está en la responsabilidad de captar el sentido, y de verificar la verdad de la cosa (Gadamer, 1977).

En consecuencia, la hermenéutica se define por la reconstrucción activa del discurso que debe ser considerado como una construcción del lenguaje y del hablante, es decir del investigador que plasma su investigación en un texto. Por lo tanto, a la hermenéutica le

corresponde la interpretación de las proposiciones epistemológicas, teóricas, metodológicas y de los resultados en el contexto fundamental de la investigación de la época en que se desarrolló, puesto que existen cambios en el uso del lenguaje, en el pensamiento científico circulante de una época a otra; es decir que no se puede desconocer la historicidad del conocimiento.

Desde la perspectiva de Dilthey (2000) la hermenéutica tiene como función captar la estructura integral, en este caso de las investigaciones consultadas, desde sus propias particularidades. La hermenéutica, en otros términos propende por “comprender desde el lenguaje el sentido de algo que se dice” (Virmond, 1985, p. 1276). En términos de Gadamer (1977) la hermenéutica implica la “re-construcción de una construcción” (p. 242). El ejercicio hermenéutico de la comprensión debe empezar desde el primer momento en que el investigador se propone comprender el discurso, en este caso el discurso científico frente a un determinado tema o problema; por consiguiente, es importante saber reconstruirlo desde el principio y en sus distintas partes, como si el investigador fuera el autor.

Otro autor que aporta a la comprensión del papel de la hermenéutica en las investigaciones de Estado del Arte es Hans Gadamer (1976), quien considera que el comprender es el acontecer de una acción histórica que se hace desde un ejercicio de pre-comprensión de los textos en el marco de su historicidad, lo cual hace posible un ejercicio de circularidad hermenéutica para comprender el desarrollo de un determinado campo de conocimiento. Esta forma de abordaje del conocimiento investigativo posibilita entender las variaciones, los énfasis y formas de estudio. Al respecto plantea el autor:

“Quien desee comprender un texto debe estar dispuesto a dejar que éste le diga algo. Una conciencia hermenéuticamente adecuada debe mostrarse sensible, de manera preliminar a la alteridad del texto. Dicha sensibilidad no supone una neutralidad objetiva o un olvido de sí mismo, sino una clara toma de conciencia respecto de las propias presuposiciones y los propios prejuicios.” (p. 66).

Otros elementos fundamentales para el desarrollo de los estados de arte desde la hermenéutica provienen de autores como Ricoeur, Apel y Cassirer. Ricoeur aporta al ejercicio de una hermenéutica crítica. Desde esta perspectiva cobran importancia nociones como la deconstrucción, el distanciamiento, las cuestiones referidas a la epistemología y el

método, el retorno al texto como paradigma y el interés por superar la visión inmediatitas y abstracta del sujeto y dar paso a un sujeto concreto.

La hermenéutica se interesa por propiciar el diálogo y el debate entre las disciplinas y pensamientos que orientan las investigaciones, lo cual incorpora riqueza a las visiones sobre el fenómeno objeto de estudio (Ricœur, 1987).

El aporte de Apel (1998) resulta interesante para la investigación documental en cuanto que el autor considera que es posible articular las ciencias explicativas con la hermenéutica, en cuanto que la comprensión de sentido puede ser auxiliar en la explicación de los hechos. El autor muestra que una dimensión hermenéutica está a la base del conocimiento científico.

La comprensión es entendida como una estructura “histórico-fáctica”, por consiguiente, las ciencias sociales y humanas tendrían una dimensión hermenéutica que a su vez supone una dimensión normativa; es decir que existe una correlación entre comprender y valorar; así, se asume que es posible comprender el conocimiento científico, en cuanto este es a su vez una comprensión del mundo compartida por una comunidad de investigadores. En estos términos, la producción del conocimiento científico sólo se da en el discurso argumentativo, intención que está a la base de investigaciones como los estados del arte.

2.2.3 EL ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE CONTENIDOS.

La descripción de contenido es necesaria porque un documento original puede ser voluminoso, y porque la producción frente a un tema puede contar con una amplia cantidad de investigaciones que requieren una estadística descriptiva para mostrar los desarrollos de las variables de interés.

No se trata de describir un documento por sí mismo, sino de permitir el uso de la información que contienen en concordancia con las variables o categorías que orientan el estado del arte; de allí que el instrumento se contextualiza con base en los objetivos del estudio y en coherencia con las variables y categorías (Guinchart & Menou, 1983).

Se busca con el análisis de contenido descriptivo y cuantitativo, a partir de datos cualitativos, determinar la frecuencia de conceptos, métodos, instrumentos, análisis de datos. Se pretende hacer inferencias válidas y confiables a partir de la descripción de las tendencias, el establecimiento de similitudes y diferencias entre investigaciones.

El análisis de contenido implica un proceso de codificación de la información de acuerdo con las variables de estudio a partir de unidades de análisis documentales consultadas. Cada aspecto analizado hace las veces de un segmento de contenido de la investigación, artículo o demás documentos que constituyen las unidades de análisis y que han sido consignadas en la ficha descriptiva.

Toda la información será categorizada de acuerdo con los 9 descriptores de la ficha, sin perder de vista los objetivos del estudio, dichos descriptores son: 1) Aspectos formales, 2) Tema investigado, 3) Delimitación contextual, 4) Objetivos de la investigación, 5) Referente teórico, 6) Metodología, 7) Resultados, 8) Discusión, y 9) Recomendaciones. Es necesario que cada categoría y subcategoría sea exhaustiva, deben ser mutuamente excluyentes y deben derivarse del marco teórico y de los antecedentes del estudio.

2.2.4 PRINCIPIOS ORIENTADORES EN LA ELABORACIÓN DEL ESTADO DEL ARTE.

Hoyos (2000) propone cinco principios orientadores en la construcción del Estado del Arte, los cuales son:

1. Principio de finalidad. Está referido a la necesidad de definir con claridad objetivos alcanzables.
2. Principio de coherencia. Se refiere a la articulación del proceso con cada una de las fases, las actividades y los datos que se obtienen como materia prima de la investigación.
3. Principio de fidelidad. Se deben incluir todas las instituciones seleccionadas y los datos deben ser transcritos fidedignamente.
4. Principio de integración. Se debe analizar cada uno de los factores y sus indicadores de manera articulada.
5. Principio de comprensión. Permite la construcción de teoría, a partir del conjunto de datos analizados, para llegar a conclusiones sobre el estado del conocimiento.

2.2.4.1 LA BÚSQUEDA DE LOS TEXTOS.

Todo estado del arte tiene como punto de inicio la búsqueda de los textos con base en los cuales se elaboran las fichas analíticas para el análisis de acuerdo con las variables y

categorías objeto del estudio. La consulta de las fuentes remite a bibliotecas, universidades, instituciones para identificar informes, trabajos de grado, tesis, artículos. El procedimiento inicial será la consulta de bases de datos, catálogos, los índices bibliográficos de libros y revistas.

La información analizada se reseña en fichas analíticas según las variables o categorías objeto de análisis, es importante incluir notas de referencia a fin de identificar con precisión los textos. La elaboración de índices de contenido, abreviaturas, siglas, ilustraciones, autores, puede constituirse como material de apoyo a las fichas bibliográficas, lo cual contribuye a garantizar la objetividad en el análisis de los textos.

Una vez registrada la información en las fichas se procede a la sistematización para los análisis estadísticos a partir del análisis de contenidos, los análisis cualitativos de las categorías y subcategorías y, desde los resultados obtenidos hacer el ejercicio hermenéutico de interpretación.

2.2.4.2 UNIDAD DE ANÁLISIS.

Se entiende por unidad de análisis un texto o documento original en el que se aborde el tema en período de tiempo estipulado para la elaboración del Estado del Arte. La unidad de análisis estará constituida por materiales bibliográficos que se identificarán en la biblioteca de universidades, en el Ministerio de Protección Social y la secretaría de Salud del Distrito.

De acuerdo con Guinchart y Menou (1983) un documento es un objeto que ofrece información sobre determinados temas de la creación, producción e investigación humana. Los documentos son la base material del conocimiento y de la memoria de la humanidad. Por consiguiente, hoy se cuenta con una amplia variedad de documentos con dos características fundamentales: a) las características físicas: material, naturaleza de los símbolos empleados, tamaño o extensión, presentación, medios de producción, posibilidades de consulta directa o indirecta, periodicidad; b) las características intelectuales: propósito u objetivo, tema, contenido, tipo de autor, fuente, modo de difusión, accesibilidad, originalidad. Los dos tipos de características tienen clara influencia sobre la manera de abordarlo, pues son aspectos que inciden en la consulta que desde ellos se hace para analizar un tema. No obstante, dado que este escrito no pretende ser una descripción detallada de las propiedades de los documentos, se considera que su mención es suficiente para resaltar su importancia.

En consecuencia, los documentos que se consultarán serán fuentes primarias porque proporcionan datos originales o de primera mano sea a través de informes de tesis no publicados, artículos de investigación o informes finales de investigaciones académicas o institucionales. De allí la importancia de los descriptores o palabras clave para orientar los procesos de búsqueda.

2.2.4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN.

El análisis de los documentos se hará de manera sistemática teniendo en cuenta las variables y categorías previamente definidas. El instrumento utilizado, como memoria del texto analizado, para el registro y análisis de la información, es la ficha descriptiva en la que se reseñará la información, de manera que se pueda tener una visión global de estado del conocimiento en cada documento, y con ello orientar una comprensión contextual, mediante la lectura en contexto de los documentos constitutivo de la unidad de análisis.

Se denomina descripción de contenido al conjunto de operaciones mediante las cuales se registra de manera detallada los asuntos fundamentales de un documento de acuerdo con las necesidades de investigación. Un mismo documento puede ser objeto de varias descripciones de contenidos a diferentes niveles, aspectos que están determinados por los criterios de registro de la ficha correspondientes, pues en los estados del arte se encuentran diferentes tipos de fichas de registro dependiendo de los objetivos de la investigación documental que se realiza.

La descripción de contenidos se sitúa en tres momentos de la cadena documental: a) durante la producción, b) previo al almacenamiento de la información y, c) el momento de la búsqueda de información y del aprovechamiento de su contenido. La presente investigación se ubica en el último eslabón de la cadena con el fin de dar cuenta del contenido teórico y práctico producto de la investigación.

De acuerdo con los planteamientos anteriores, en la ficha descriptiva se incluirá información sobre 9 aspectos que contribuirán a: a) a precisar la producción en el tema de salud, enfermedad y calidad de vida en el Distrito Capital; b) aclarar y clasificar los diversos temas de los que se han ocupado los investigadores; y c) evidenciarlos a través de análisis cuantitativos y cualitativos mostrando con claridad sus tendencias, cobertura y alcance. Los 9 aspectos mencionados son: 1) Aspectos formales, 2) Tema investigado, 3) Delimitación

contextual, 4) Objetivos de la investigación, 5) Referente teórico, 6) Metodología, 7) Resultados, 8) Discusión, y 9) Recomendaciones.

2.2.4.4 PROCEDIMIENTO DEL ESTADO DEL ARTE.

El estado del arte se configura como una metodología mediante la cual se desarrolla el proceso de investigación mediante etapas bien definidas para lograr dar cuenta del estado del tema objeto de investigación. Para este propósito, se articulan la lógica inductiva con la lógica deductiva. Desde la lógica inductiva se procede a la identificación y análisis de las fuentes documentales, una vez identificados las fuentes de consulta, se procede a la revisión a fondo de los textos con la elaboración de la ficha correspondiente. Este proceso implica la lectura minuciosa de los documentos logrando su máxima comprensión.

Por consiguiente, para el desarrollo de la investigación se plantean las siguientes fases:

1. Fase Preparatoria
2. Fase Descriptiva
3. Fase Interpretativa
4. Fase de construcción teórica global
5. Fase de extensión y publicación

Se lleva a cabo la indagación sobre el tema objeto de estudio, a partir de una lectura cuidadosa y minuciosa de los informes de investigaciones, artículos, libros, políticas, manuales que tratan el tema. Es indispensable reseñar la información teniendo en cuenta las variables y categorías con sus correspondientes indicadores.

3. PLANTEAMIENTO DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

Desde 1990 en el informe “Investigación en salud, vínculo esencial para la equidad en el desarrollo”, la comisión de investigación en salud para el desarrollo CIRD se fijó como objetivo central explorar el papel de la investigación en la mejora de la salud de los países en vías de desarrollo, en ese momento la inversión en investigación en salud de los países industrializados era del 95% mientras que la de los países en vía de desarrollo era del 5% a pesar que estos representan el 93% de los años de vida potencialmente perdidos. Esta tendencia la acuña el foro global para la investigación en salud como “brecha 90/10” de investigación en salud, fenómeno que lleva a considerar la necesidad de una mayor inversión en investigación en salud.

En Bogotá, D. C. el plan de desarrollo Bogotá humana 2012-2016 se propone como uno de sus objetivo “ampliar las capacidades que permitan a la ciudadanía la apropiación de saberes, estimular la producción y la apropiación social de ciencia, tecnología, la creación e innovación para el desarrollo del conocimiento científico, mediante la investigación básica y su aplicación en procesos de innovación social, creativa y productiva que permitan fortalecer las capacidades endógenas”. Adicionalmente, con el fin de maximizar recursos y capacidades se propone lograr la articulación institucional entre actores públicos y privados, promover la investigación y la innovación social para profundizar en el conocimiento sobre las dinámicas sociales, la innovación en el diseño de la política pública, la gestión de la convivencia y el desarrollo humano integral.

Por tal razón surge el interés de realizar el estudio sobre el estado del arte de la investigación en salud, calidad de vida, y enfermedad realizadas en Bogotá D. C., durante el periodo 2010 -2013.

Para efectos de esta investigación se plantea como pregunta:

¿Cuáles son las características documentales, de contenido, temáticas y técnico científicas de las investigaciones realizadas en Bogotá D.C., en el campo de la salud, la calidad de vida y la enfermedad, durante el periodo comprendido entre enero de 2010 a diciembre de 2013?

4. OBJETIVO GENERAL.

El objetivo general es identificar, caracterizar y analizar las investigaciones realizadas en Bogotá D.C., en el campo de la salud, la calidad de vida y la enfermedad, durante el periodo de 2010 a 2013.

5. METODOLOGÍA.

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

La investigación llevada a cabo es de tipo documental e incluye técnicas cualitativas y cuantitativas para analizar los resultados. En sus aspectos cualitativos, se elabora básicamente desde la hermenéutica, para analizar los resultados (Becerra & Carrillo, 2006).

Se buscó con esta metodología un acercamiento a la producción de conocimiento sobre la salud que, desde programas de posgrados de diferentes disciplinas, se ha producido en la ciudad de Bogotá, durante el periodo 2010-2013. Es una propuesta que se encuentra mediada por tesis, artículos, informes de investigación que recogen una amplia producción de resultados de investigaciones sobre diferentes temas relacionados con la salud y la enfermedad en la capital colombiana.

5.2 VARIABLES.

5.2.1 VARIABLES DOCUMENTALES.

Las siguientes son las variables que se analizaron en los documentos obtenidos:

- 1) Aspectos formales.
- 2) Tema investigado.
- 3) Delimitación contextual.
- 4) Objetivos de la investigación.
- 5) Referente teórico.
- 6) Metodología.
- 7) Resultados.
- 8) Discusión.
- 9) Recomendaciones.

5.2.2 VARIABLES RELACIONADAS CON LA AGENDA TEMÁTICA PRIORIZADA EN CT+I EN SALUD.

En la siguiente figura se muestran las variables y las relaciones entre las mismas de la Agenda temática priorizada en CT+ I para la salud en Bogotá:

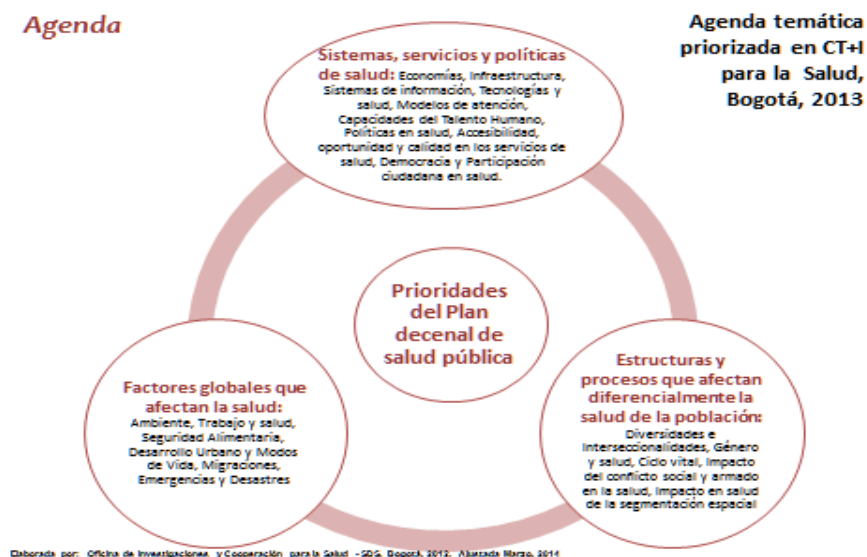


Figura 1. Agenda temática priorizada de Ciencia, Tecnología e Innovación para la salud, Bogotá, 2013

5.3 INSTRUMENTOS.

Se diseñó una ficha descriptiva para consignar la información obtenida de los documentos consultados de acuerdo con criterios claramente definidos y una entrevista semiestructurada hecha a líderes de grupos de investigación y personal de contacto institucional.

5.3.1 FICHA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

La ficha de recolección de información fue diseñada y validada para esta investigación por un grupo de investigadores con experticia en el tema. Está diseñada en formato EXCEL e incluye 140 ítems que abarcan los aspectos formales relacionados con la descripción del documento, como son: 1) Aspectos formales, 2) Tema investigado, 3) Delimitación contextual, 4) Objetivos de la investigación, 5) Referente teórico, 6) Metodología, 7) Resultados, 8) Discusión, y 9) Recomendaciones (Anexo, 1).

5.3.2 ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.

Se diseñó una entrevista semiestructurada que se aplicó a líderes de grupos de investigación y personal de contacto institucional.

5.3.3 BASES DE DATOS.

Se utilizaron las bases de datos bibliográficas de las universidades, centros de documentación y bibliotecas.

5.4 PROCEDIMIENTO.

El estudio implicó cinco fases, con el fin de completar la información requerida para el proyecto. Las fases fueron las siguientes:

Fase I.

Elaboración del referente conceptual y metodológico.

Fase II.

Diseño, pilotaje y validación de la ficha de recolección de datos con el fin de obtener las características psicométricas del instrumento. En la validación se utilizaron:

- a) Formatos del instrumento para ser sometidos a revisión y realizar anotaciones.
- b) Formato de obtención de la validación de contenido. Este comprendía una evaluación de la pertinencia del ítem, la relevancia, la redacción adecuada de las opciones de selección, la dificultad de comprensión y la pertinencia de las opciones de respuesta. Igualmente, incluía un espacio para realizar anotaciones u observaciones, así como una evaluación general del instrumento.
- c) Grabadora para las sesiones de validación por jueces.
- d) Software de análisis estadístico y cualitativo.

La validación del instrumento comprendió las siguientes fases:

1. Revisión y correcciones al formato y contenido del instrumento por un grupo de jueces expertos. Este grupo estuvo compuesto por:
 - a) 3 profesionales psicólogos expertos en instrumentos de evaluación.
 - b) 1 profesional en Trabajo Social, con Maestría en Educación y experiencia en la coordinación y gestión de proyectos.
 - c) 1 profesional bibliotecólogo, experto en clasificación y gestión de la información.

d) 3 profesionales de la Secretaría Distrital de Salud, entre ellos de la Oficina de Investigaciones y Cooperación de la Dirección de Planeación y Sistemas.

2. Validación por un grupo de jueces de diferentes disciplinas y profesiones, junto con un grupo discusión en el que participaron estos mismos jueces. Este grupo estuvo compuesto por:

a) 1 profesional en fisioterapeuta, con Maestría en Educación.

b) 5 profesionales psicólogos, auxiliares de investigación, encargados de realizar la aplicación del instrumento.

c) 2 profesionales bibliotecólogos.

d) 1 profesional en Ciencia Política con Maestría en Antropología.

e) 4 profesionales psicólogos, con experiencia en investigación cualitativa y cuantitativa.

3. Pilotaje. Se realizó una aplicación piloto para determinar el tiempo de aplicación en función del tipo de documento, así como si existían problemas en la utilización de la ficha y dificultades de codificación. En el pilotaje se llevaron a cabo análisis cuantitativos y cualitativos. Los análisis cuantitativos comprendieron obtención de estadística descriptiva e inferencia sobre el grado de concordancia con el coeficiente W de Kendall. Los análisis cualitativos incluyeron un análisis hermenéutico de lo obtenido en un grupo de discusión. Los análisis del pilotaje también incluyeron un estudio descriptivo de las anomalías registradas.

Fase III.

En esta fase se realizó el diseño de la base de datos donde posteriormente se incluiría la información recogida a través de la ficha de recolección. La profesional encargada del manejo de documentación diseñó el formato inicial que fue validado por los investigadores expertos y por personal de la biblioteca de la secretaría de salud. Esta base de datos permitía recoger la información y facilitaba el análisis de la misma.

Fase IV.

Trabajo de campo. Estuvo orientado a la recolección de la información en instituciones educativas, hospitalarias, centros de investigación, grupos de investigación y revisión de bases de datos científicas.

Se entrenaron 5 auxiliares de investigación en el manejo de la ficha y en búsqueda de información al igual que en aspectos metodológicos relacionados con el tipo de estudio que se está realizando. Igualmente, se realizó el directorio de centros de investigación, instituciones de educación superior, grupos de investigación. Posteriormente, con una carta de presentación se realizaron los contactos institucionales y se procedió a la revisión de documentos para llevar a cabo la recolección y organización de la información en la ficha correspondiente. Este proceso se realizó en un espacio de 5 meses.

Fase V.

Análisis de la información recolectada. Una vez depurada la base de datos en formato EXCEL se hicieron los análisis cuantitativos y cualitativos de la información recolectada, para lo que se utilizó la herramienta estadística SPSS.21 y el software ATLAS TI, 17, con base en el plan de análisis de datos previsto.

5.5 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.**5.5.1 PLAN DE ANÁLISIS CUANTITATIVO.**

Los análisis cuantitativos se realizaron estudiando las tendencias en los años de los cuales se recogió la información. El análisis cuantitativo siguió las fases que se mencionan a continuación.

1. Descripción del estado de las investigaciones en salud.

Con este análisis se ofrece una descripción transversal y longitudinal del estado del arte de las investigaciones a los largo de los años 2010-2013.

En este análisis se incluyen descripciones por temas y actores, mediante estadística descriptiva y exploratoria, analizando las asociaciones entre los ítems más relevantes del instrumento de recolección de información.

2. Determinación de los indicadores generales de los apartados del instrumento.

Mediante este análisis se realizan agrupamientos y se obtienen indicadores globales de la evolución de las investigaciones en salud, destacando la importancia de las variables en el indicador para obtener la importancia de temas y actores.

Para esto se utilizan medidas de relación entre variables y de extracción de componentes.

3. Análisis de las diferencias entre los apartados generales del instrumento.

En este análisis se realizan comparaciones múltiples entre los indicadores, para determinar cuál de ellos aporta más a la explicación de la evolución del estado del arte por temas y actores.

En el análisis se utiliza estadística inferencial comparativa de corte transversal.

4. Análisis de las tendencias de los apartados generales del instrumento.

En este análisis se compara la evolución de las tendencias de investigación por temas y actores, focalizándose en el grado de similitud entre las mismas.

En el análisis se utiliza estadística inferencial comparativa de corte longitudinal.

5. Interpretación de las tendencias de los apartados generales del instrumento.

En este análisis se lleva a cabo una interpretación cuantitativa de las tendencias de investigación.

Esto se realiza mediante la interpretación de los valores y coeficientes obtenidos en los análisis realizados.

6. Condiciones que favorecen o limitan la publicación de los estudios de investigación en salud.

En este análisis se seleccionan aquellas variables que pueden favorecer o limitar la publicación de los estudios en salud y se determina la importancia de las mismas, interpretando los coeficientes obtenidos en los análisis anteriormente realizados.

5.5.2 PLAN DE ANÁLISIS CUALITATIVO.

La recolección de datos obedeció a las siguientes categorías acordadas en las reuniones de seguimiento del proyecto; por tanto, el análisis cualitativo corresponde a un proceso selectivo (Miles & Huberman, 1994). Los datos están constituidos por los textos generados durante la revisión documental. Se trata de un análisis sistemático, secuencial y ordenado (Álvarez-Gayou, 2005). Las fases del análisis fueron las siguientes:

1. Preparación y descripción del material bruto.

Consistió en revisar la base documental completa.

2. Agrupamiento de la información.

Se hizo una reducción del volumen de los datos para realizar un análisis de la información más cualitativa consignada en los resúmenes para identificar los conceptos relevantes.

Se tuvo en cuenta la exhaustividad para permitir que cada elemento tenga tantos códigos como sea necesario para la investigación; el criterio de adaptación para permitir generar nuevos códigos cuando la investigación lo requiera; el criterio de abarcabilidad de varios niveles de abstracción para facilitar los análisis descriptivas y estructurales.

3. Selección y aplicación de los métodos de análisis.

Se realizó el proceso mediante el software ATLAS Ti.

4. Análisis transversal de los casos estudiados.

Esto se llevó a cabo para detectar “patrones” a partir de los datos previamente organizados, según los casos estudiados. Mediante los procedimientos de triangulación se hicieron comparaciones constantes donde cada situación fue analizada de acuerdo al, o los modos de análisis descritos precedentemente, para observar si los modelos o patrones observados se reproducían.

5. Producción de teoría sustantiva.

Este proceso implicó los siguientes pasos:

1. Codificar la información, proceso que implicó agrupar la información obtenida de acuerdo con las categorías establecidas y que concentran las ideas, conceptos o temas que las soportan (Rubin & Rubin, 1995). Se efectuaron microanálisis línea a línea para producir una codificación abierta a partir de palabras, frases o párrafos clave.

Los códigos corresponden a etiquetas o nominaciones que permiten asignar significado a la información compilada durante la revisión documental. Se utilizan para recuperar y organizar los fragmentos pertinentes para cada categoría, con carácter excluyente.

2. Análisis descriptivos. Este análisis consistió en asignar un atributo y propiedades a cada una de las categorías deductivas y emergentes.

3. Análisis axial para integrar la información. El proceso implicó relacionar las categorías entre sí, con el fin de determinar qué aporta el análisis de acuerdo con los objetivos del proyecto.

Una vez que se han encontrado los temas fundamentales, se establecieron las relaciones entre categorías para poder elaborar una explicación integrada de los temas de interés. Inicialmente, el material se analiza, examina y compara dentro de cada categoría. Luego, el material se compara entre las diferentes categorías, buscando los vínculos que puedan existir entre ellas.

6. RESULTADOS.

La sistematización e interpretación de los datos se hizo desde la lógica de la investigación y la estadística descriptiva e inferencial y desde la lógica deductiva para el análisis cualitativo de las categorías, con el propósito de alcanzar la comprensión de sentido, de manera que a través de una síntesis reconstructiva se pudiera llegar a una construcción teórica de mayor complejidad, producto del análisis e interpretación de relaciones y explicaciones de tipo causal y contextual (Hoyos, 2000).

6.1 DISEÑO, PILOTAJE Y VALIDACIÓN DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

6.1.1 Revisión y correcciones por un grupo de jueces expertos.

El grupo de jueces realizó una revisión del instrumento y se sugirieron y llevaron a cabo varias modificaciones para facilitar la comprensión del formato y obtener una información más completa con el mismo.

Las correcciones se centraron en el formato, haciendo modificaciones de manera que se mejorara la claridad y facilidad de interpretación. Igualmente también se realizaron cambios al contenido del instrumento, incluyéndose categorías que reflejaran con precisión lo exigido en los objetivos del convenio.

6.1.2 Resultado de la validación de contenido.

Los indicadores descriptivos de las evaluaciones realizadas por los jueces y el coeficiente de concordancia, se muestran en la Tabla 1.

En estos indicadores, la característica de evaluación denominada “Comprensión”, se califica de manera inversa a las otras, es decir si bien en las otras categorías el valor 5 representa la condición más favorable de evaluación y el valor 1 la menos favorable, en el caso de la característica de “Comprensión”, los valores invierten su cualidad, 5 es lo menos favorable y 1 es lo más favorable.

Tabla 1a. Estadística descriptiva y coeficiente de concordancia de la evaluación de los jueces.

Ítem	Característica	Mediana	Rango	Mínimo	Máximo	W de Kendall	P
Características generales	Pertinencia	5	2	3	5	1	.014
	Relevancia	5	3	2	5	1	.014
	Redacción	4	3	2	5	1	.014
	Comprensión	2.50	3	1	4	1	.014
	Opciones adecuadas	4	3	2	5	1	.025
Tipo de documento	Pertinencia	5	1	4	5	1	.014
	Relevancia	5	1	4	5	1	.014
	Redacción	5	1	4	5	1	.014
	Comprensión	1	3	1	4	1	.014
	Opciones adecuadas	5	1	4	5	1	.014
Tipo de investigación	Pertinencia	5	3	2	5	1	.014
	Relevancia	5	1	4	5	1	.014
	Redacción	5	2	3	5	1	.014
	Comprensión	1	3	1	4	1	.014
	Opciones adecuadas	5	0	5	5	1	.014
Campo en que se ubica	Pertinencia	5	0	5	5	1	.014
	Relevancia	5	1	4	5	1	.014
	Redacción	5	3	2	5	1	.014
	Comprensión	1	3	1	4	1	.014
	Opciones adecuadas	5	2	3	5	1	.014
Tema de investigación	Pertinencia	5	2	3	5	1	.014
	Relevancia	5	2	3	5	1	.014
	Redacción	5	2	3	5	1	.014
	Comprensión	1	3	1	4	1	.014
	Opciones adecuadas	5	0	5	5	1	.014
Problema de investigación	Pertinencia	5	2	3	5	1	.014
	Relevancia	5	2	3	5	1	.014
	Redacción	4.50	2	3	5	1	.014
	Comprensión	1.50	2	1	3	1	.014
	Opciones adecuadas	5	2	3	5	1	.014

Tabla 1b. Estadística descriptiva y coeficiente de concordancia de la evaluación de los jueces.

Ítem	Característica	Mediana	Rango	Mínimo	Máximo	W de Kendall	P
Pregunta de investigación	Pertinencia	3.50	3	2	5	1	.014
	Relevancia	3.50	3	2	5	1	.014
	Redacción	5	1	4	5	1	.014
	Comprensión	1	3	1	4	1	.014
	Opciones adecuadas	5	2	3	5	1	.014
Delimitación contextual	Pertinencia	5	2	3	5	1	.014
	Relevancia	5	2	3	5	1	.014
	Redacción	5	1	4	5	1	.014
	Comprensión	1	2	1	3	1	.014
	Opciones adecuadas	5	2	3	5	1	.014
Objetivos de la investigación	Pertinencia	5	1	4	5	1	.014
	Relevancia	5	1	4	5	1	.014
	Redacción	5	1	4	5	1	.014
	Comprensión	1	3	1	4	1	.014
	Opciones adecuadas	5	2	3	5	1	.014
Disciplina y paradigma	Pertinencia	5	0	5	5	1	.014
	Relevancia	5	0	5	5	1	.014
	Redacción	5	1	4	5	1	.014
	Comprensión	2	3	1	4	1	.014
	Opciones adecuadas	4	2	3	5	1	.014
Referentes teóricos	Pertinencia	5	0	5	5	1	.014
	Relevancia	5	0	5	5	1	.014
	Redacción	5	2	3	5	1	.014
	Comprensión	1	4	1	5	.83	.025
	Opciones adecuadas	5	2	3	5	1	.014
Subtemas plan decenal	Pertinencia	5	0	5	5	1	.014
	Relevancia	5	0	5	5	1	.014
	Redacción	5	3	2	5	1	.014
	Comprensión	1	4	1	5	.83	.025
	Opciones adecuadas	5	0	5	5	1	.014

Tabla 1c. Estadística descriptiva y coeficiente de concordancia de la evaluación de los jueces.

Ítem	Característica	Mediana	Rango	Mínimo	Máximo	W de Kendall	P
Hipótesis y tesis	Pertinencia	5	1	4	5	1	.014
	Relevancia	5	1	4	5	1	.014
	Redacción	5	2	3	5	1	.014
	Comprensión	1	4	1	5	.83	.025
	Opciones adecuadas	5	0	5	5	1	.014
Variables	Pertinencia	5	1	4	5	1	.014
	Relevancia	5	1	4	5	1	.014
	Redacción	5	0	5	5	1	.014
	Comprensión	1.50	4	1	5	.83	.025
	Opciones adecuadas	5	1	4	5	1	.014
Perspectiva epistemológica	Pertinencia	5	0	5	5	1	.014
	Relevancia	5	0	5	5	1	.014
	Redacción	5	0	5	5	1	.014
	Comprensión	1	4	1	5	.83	.025
	Opciones adecuadas	5	0	5	5	1	.014
Tipo de investigación	Pertinencia	5	0	5	5	1	.014
	Relevancia	5	0	5	5	1	.014
	Redacción	5	1	4	5	1	.014
	Comprensión	1	4	1	5	.83	.025
	Opciones adecuadas	5	0	5	5	1	.014
Instrumentos	Pertinencia	5	1	4	5	1	.014
	Relevancia	5	0	5	5	1	.014
	Redacción	5	1	4	5	1	.014
	Comprensión	1	3	1	4	1	.014
	Opciones adecuadas	5	0	5	5	1	.014
Tipo de análisis	Pertinencia	5	0	5	5	1	.014
	Relevancia	5	0	5	5	1	.014
	Redacción	5	0	5	5	1	.014
	Comprensión	1	0	1	1	1	.014
	Opciones adecuadas	5	0	5	5	1	.014

Tabla 1d. Estadística descriptiva y coeficiente de concordancia de la evaluación de los jueces.

Ítem	Característica	Mediana	Rango	Mínimo	Máximo	W de Kendall	P
Síntesis de los resultados	Pertinencia	5	1	4	5	1	.014
	Relevancia	5	0	5	5	1	.014
	Redacción	5	2	3	5	1	.014
	Comprensión	1	4	1	5	.83	.025
	Opciones adecuadas	5	0	5	5	1	.014
Convergencias	Pertinencia	5	1	4	5	1	.014
	Relevancia	5	1	4	5	1	.014
	Redacción	3.50	3	2	5	1	.014
	Comprensión	4	4	1	5	.50	.083
	Opciones adecuadas	4	3	2	5	1	.014
Categorías variables	Pertinencia	5	0	5	5	1	.014
	Relevancia	5	1	4	5	1	.014
	Redacción	5	3	2	5	1	.014
	Comprensión	2.50	4	1	5	.83	.025
	Opciones adecuadas	5	0	5	5	1	.014
Subcategorías plan decenal	Pertinencia	5	0	5	5	1	.014
	Relevancia	5	0	5	5	1	.014
	Redacción	5	3	2	5	1	.014
	Comprensión	3	4	1	5	.83	.025
	Opciones adecuadas	5	0	5	5	1	.014
Recomendaciones	Pertinencia	5	2	3	5	1	.014
	Relevancia	5	4	1	5	.83	.025
	Redacción	5	2	3	5	1	.014
	Comprensión	1	4	1	5	.83	.025
	Opciones adecuadas	5	0	5	5	1	.014

Como se observa en la tabla, los ítems recibieron buenas evaluaciones, obteniendo una mediana de 5 en la mayoría de ellos, algunos obtuvieron 4 o 4.5 y solo uno recibió una evaluación de 3.5, el denominado “Convergencias” en la característica de “Redacción”.

Las evaluaciones tienen una alta homogeneidad, con un rango reducido en la mayoría de las características. En general, se aprecian rangos de 0 a 2, con varios rangos de 3 y algunos con una dispersión de 4. Estos últimos se encuentran en las características de “Comprensión”

en los ítems de “Referentes teóricos”, “Subtemas plan decenal”, “Hipótesis y tesis”, “Variables”, “Perspectiva epistemológica”, “Tipo de investigación”, “Síntesis de los resultados”, “Convergencias”, “Categorías o variables”, “Subcategorías plan decenal”, “Recomendaciones”. Estas categorías son las que muestran un coeficiente de concordancia más reducido en relación a las otras, en cuanto a la característica de comprensión del ítem, lo que muestra su debilidad en cuanto a la claridad del mismo.

Los evaluadores realizaron las observaciones que se señalan en la Tabla 2.

Tabla 2a. Observaciones de los jueces.

Ítem	Observaciones*
Características generales	Relacionar el año de finalización y/o año de edición. Qué se entiende por colaborador? ¿Qué se entiende por cobertura? ¿Qué se entiende por identificador? Sugiero indicar ¿qué se entiende por esto (tipo). Por favor explicar (derechos de acceso). Sugiero poner la palabra en español e inglés (Abstract). Muy importante el abstract. Es necesario agregar normas de descripción en ubicación y encabezamientos de materia. Articular plan decenal de salud pública. En el número de páginas se relaciona ilustraciones y anexos Con relación a la fecha de creación, se especifican datos de publicación. Se sugiere relacionar ciudad, entidad que respalda la publicación. Se sugiere incorporar tabla de contenido. No se comprende el ítem (Formato). En vez de abstrac, se relaciona Resumen. Describe de forma concreta las necesidades para la investigación pero se sugieren ajustes, en tanto no son claros los Ítems (Formato, Identificador y Tipo). Además del identificador debe hacer mención al lugar donde se ubica. Falta una asignación de codificación, tabla de contenido, resumen. Las palabras colaborador, cobertura, identificador y tipo, no son claras.
Tipo de documento	Reemplazar empresa privada por institución privada. Es necesario crear plantillas dos plantillas de descripción (Revistas y Monografías). Tomar en consideración los espacios para la selección de la opción. Para la construcción de la ficha técnica de evaluación y registro, puede realizarse un ajuste a las dimensiones de la tabla de contenido; reduciendo los espacios, teniendo en cuenta que la opción de respuesta se reduce al marcado con una X. Documentos normativos.

* La secuencia es la indicada por los jueces.

Tabla 2b. Observaciones de los jueces.

Ítem	Observaciones*
Tipo de investigación	"d" minúscula Considero el ítem 1.2 ya da la respuesta independiente si se habla de tipo de documento versus tipo de investigación.
Campo en que se ubica	¿Por qué el "Y" en calidad de vida y salud? Especificar las opciones.
Tema de investigación	En la indexación hay que normalizar las palabras clave = descripción. Palabras clave pertenece al 1.1
Problema de investigación	Es importante cerciorarse que los auxiliares entiendan lo mismo por "estructura y proceso". Equidad ¿de género? Estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de las poblaciones de Bogotá (listar algunas poblaciones que sirvan de orientación). Calidad de vida y salud ¿y salud? Se sugieren ítems correspondientes a (significados culturales de salud y significados culturales de enfermedad) Ítem calidad de vida debe ir solo. El concepto de salud es muy amplio. Corrección de palabra.
Pregunta de investigación	Partiendo de que exista la pregunta de investigación.
Delimitación contextual	Participantes o población objeto (este es un pre-supuesto). Este campo podría ser parte de la descripción.
Objetivos de la investigación	
Disciplina y paradigma	(Paradigmas teóricos) se podrían listar algunos paradigmas posibles. Recientemente la mayoría son interdisciplinarios. No es totalmente clara.
Referentes teóricos	Calidad de vida y salud ¿"Y"? 2. Sistemas, servicios de salud y políticas en salud (se mezclan muchas cosas) 3. Equidad ¿De género? ¿Cuál es la pertinencia de la (*) que se relaciona en el ítem 7?
Subtemas plan decenal	El abordaje teórico ya está explícito en el ítem 5. 1 No es clara la instrucción.
Hipótesis y tesis	
VARIABLES	Sugiere agregar a "variables" categorías quedando VARIABLES Y CATEGORIAS
Perspectiva epistemológica	
Tipo de investigación	Se sugiere agregar estudio de caso. Se repite tipo de investigación.
Instrumentos	No hay casilla para la selección de la opción. Se debe marcar con una X o tomar una de las opciones.
Tipo de análisis	No hay casilla para la selección de la opción. No es clara la instrucción.

* La secuencia es la indicada por los jueces.

Tabla 2c. Observaciones de los jueces.

Ítem	Observaciones*
Síntesis de los resultados	El resumen debe tener un formato. No es clara la instrucción.
Convergencias	Limitaciones de la investigación o estudio (explicar que se entiende por esto exactamente en el estudio). No es clara la instrucción.
Categorías o variables	No es clara la instrucción.
Subcategorías plan decenal	Se podrían codificar en la descripción para posterior recuperación. No hay casilla para la selección de la respuesta. No es clara la instrucción.
Recomendaciones	Muy valioso este ítem.
Observaciones generales para el instrumento	Hice observaciones específicas en la ficha, pero me genera muchos ruido poner la expresión, "calidad de vida y salud", por razones de tipo interdisciplinario. Me explico: sería muy útil para el distrito comprender que variables no ancladas al campo estricto de la salud comprometen la noción de calidad de vida. Los ítems 7.2 y la discusión, podrían tener un formato que facilite la categorización de esta información, sería lo más importante. En la discusión la redacción no facilita la comprensión y recolección de la información. Las sugerencias van orientadas a la sintetización de algunos ítems que resultan reiterativos dentro de la ficha (Formato de la Ficha). Discriminación entre la recolección de los datos cualitativos y cuantitativos que se prestan para errores en la interpretación y análisis del mismo. Más formato que fondo (la ficha asume variables relevantes con la investigación).

* La secuencia es la indicada por los jueces.

6.1.3 Resultado del grupo de discusión.

El grupo de discusión se organizó alrededor de una serie de preguntas centrales las cuales pretendieron encontrar la validez, coherencia, generalidad, potencial de análisis, aspectos sistemáticos, congruencia y claridad del instrumento. Se buscó la verificación de que el instrumento reúne unas características de sistematicidad, fiabilidad, universalidad, verificabilidad, evidencia, usabilidad, reproductibilidad, procedimiento, validez, descriptibilidad, congruencia, coherencia y claridad.

Se observó que los participantes centraron los conceptos de la siguiente manera:

- La claridad se apreció en el instrumento, pero se observaron redundancias y repeticiones de ítems, requiriéndose más claridad en algunos ítems, y en el procedimiento de obtención de información.

- La sistematización se relacionó con la unificación del lenguaje y proporcionar mayor claridad con desambiguación, el uso de categorías de significado universal, evitar la repetición y obtener una codificación uniforme y clara. También se entendió necesario la utilización de categorías emergentes, acordes al contexto de aplicación.
- La usabilidad del instrumento se relacionó con el contenido del mismo, debiéndose aclarar más los temas.
- La universalidad del instrumento se relacionó con la forma de codificación, sobre la cual existe alguna preocupación. Se insistió en obtener categorías emergentes del contexto, en la necesidad de revisar aspectos formales y en evitar análisis demasiado abiertos.
- La congruencia se relacionó con las palabras clave, las cuales no parecieron claras.
- El potencial descriptivo se relacionó con la posición de algunos ítems dentro del instrumento, los cuales se situaron en un lugar, debiendo hacerlo en otro. Se relacionó también con la necesidad de utilizar categorías emergentes del contexto. Además, el instrumento requiere análisis por parte de quien lo utiliza, lo que afectaría a su capacidad descriptiva uniforme.
- La replicabilidad de la información se relacionó con la claridad en las temáticas abiertas y la necesidad de que sirvan para el establecimiento de las políticas públicas. Se requieren pequeños cambios de forma y de claridad en los temas, se requiere precisión. Tiene una gran contextura.
- La fiabilidad se relacionó con la definición de los términos clave y la capacitación del equipo de aplicación. Tiene omnipresencia en numerosos contextos.
- La evidencia como base del instrumento se relacionó con la claridad en el lenguaje. Sus limitaciones no son claras.

En general en la preocupación existente acerca de estos conceptos, emergen temas fundamentales como son:

- a) Categoría 1: la claridad, forma de codificación del instrumento y evitar temáticas abiertas.
- b) Categoría 2: la amplitud temática, codificación y aspectos formales.
- c) Categoría 3: los aspectos de unificación del lenguaje y la necesidad de contemplar categorías emergentes del contexto.

La relación entre los conceptos elementales utilizados y su relativa importancia (mayor o menor tamaño) se presentan en la Figura 1. Se observa como las categorías tienden a agruparse según cuadrantes de distancia conceptual.

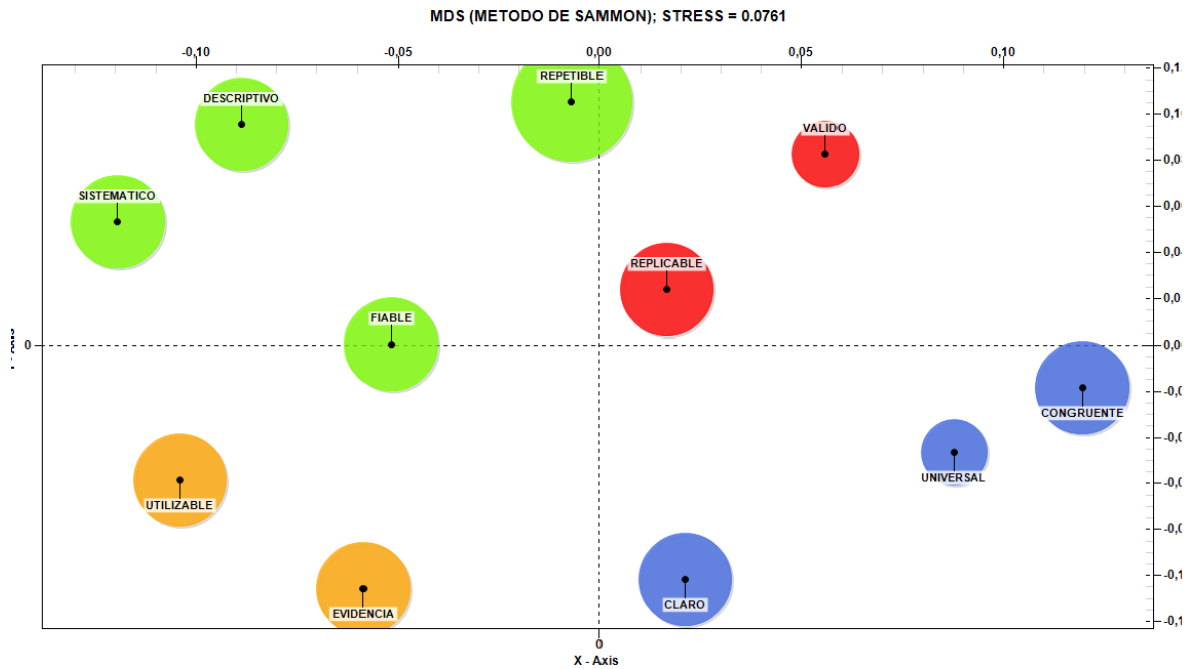


Figura 1. Posicionamiento de los conceptos e importancia relativa.

Las relaciones entre los componentes descriptivo, sistemático, repetible y fiable se encuentran agrupados, si bien el concepto de fiable ocupa una posición intermedia con el cuadrante inferior izquierdo, próximo a los conceptos de utilizable y evidencia, al igual que el concepto de repetible el cual también se relaciona con el cuadrante superior derecho, con los conceptos de válido y replicable. El concepto de válido se relaciona con el de replicable. El concepto de universalidad se relaciona con los de congruente y claro. Esta agrupación muestra una coherencia lógica con lo que también a priori se esperaría de las propiedades de un instrumento.

El concepto de mayor importancia es el de repetible, y posteriormente los de congruente, descriptivo, sistemático, fiable, replicable, claro, evidencia y utilizable, siendo los de válido y universal los que ocupan una posición de menor importancia.

Así pues el interés del grupo se orienta de manera jerárquica hacia estos componentes, de acuerdo a la conceptualización que realizan de los mismos.

Por otra parte, estos componentes no muestran secuencialidad, constituyendo elementos que se caracterizan por sí mismos, con escasas relaciones entre ellos.

Algunos conceptos aparecen vinculados a contextos relevantes, como por ejemplo los siguientes:

- La posibilidad de repetir los resultados se asocia con la utilización adecuada de términos.
- La evidencia asociada a la utilización del instrumento, se asocia con la existencia de términos que resulten comprensibles, y la posibilidad de incluir temas de los documentos dentro de la ficha de manera clara, de acuerdo a los términos utilizados.
- La universalidad se relaciona con la amplitud de los conceptos utilizados, su gran contextura y la necesidad de utilizar categorías emergentes del contexto, lo que requiere análisis.
- La posibilidad de re-análisis se relaciona con el análisis abierto de datos que se hace en algunas preguntas y describir las categorías emergentes en lugar de clasificarlas como fijas.

Los contextos relevantes de las categorías emergentes del análisis que se indicaron anteriormente, las Categorías 1, 2 y 3, fueron:

- El contexto de aplicación se relaciona con categorías emergentes se asocia con la universalidad, codificación, aspectos formales, evitar análisis abiertos, potencial descriptivo, capacidad de análisis de quien lo aplica, sistematización, desambiguación.
- Las categorías se relacionan con la universalidad del instrumento, emergencia del contexto, aspectos formales, evitar análisis demasiado abiertos, el potencial descriptivo, categorías emergentes del contexto, y capacidad de análisis por parte de quien lo utiliza.

6.1.4 Pilotaje

Para el pilotaje se seleccionaron las instituciones donde realizar la actividad y los documentos a consultar. Este pilotaje pretendía determinar los tiempos de recogida de información en la ficha y las posibles dificultades de aplicación de la misma, en el personal entrenado para esta actividad.

De acuerdo con esto, el pilotaje se realizó en las instituciones y con los documentos que se mencionan a continuación:

Tabla 3. Resultado de pilotaje en las instituciones seleccionadas.

INSTITUCION	TIPO DE DOCUMENTO CONSULTADO	No DE DOCUMENTOS CONSULTADOS
Universidad de San Buenaventura	Artículo de revista, Tesis de Maestría, un libro y una política publica	4
Universidad Javeriana	Artículo de revista	1
Universidad Javeriana	Tesis de Maestría	1
Universidad de la Sabana	Artículo de revista	1
Universidad de la Sabana	Tesis de especialidad médica	1
Universidad Nacional	Artículo de revista	1
Universidad de los Andes	Articulo/Tesis de Maestría	1
Universidad del Rosario	Artículo de revista/Tesis de Maestría	2
TOTAL DE UNIVERSIDADES: 6	TOTAL DE DOCUMENTOS: TOTAL: 6 Artículos de revista, 3 Tesis de Maestría, 1 Libro, 1 Política Pública y 1 Tesis de especialidad Médica.	TOTAL: 12

Los tiempos obtenidos fueron de 2 horas en las tesis y una hora en los artículos. Los resultados de la aplicación fueron, en general, satisfactorios. No obstante se realizaron las siguientes observaciones (los códigos y títulos corresponden a los incluidos en el instrumento):

a) *Articulo de revista, Tesis de Maestría, un libro y una política pública:*

1. Título del documento: En caso de política pública abrir un campo para la resolución o acuerdo de consejo que la establece o la define.

3. Número de páginas: Definir cómo serán tomadas las paginas si en su totalidad o especificaciones de las mismas.

14. Editorial: En caso de ser una Tesis, ¿quién es el editor?

1.2 Tipo de documento: No existe la opción: Libro, ni capítulo de libro.

1.3 Tipo de investigación: Crear opción otros.

3.1 Participantes o población objeto: En la ficha originalmente se pide caracterizar lo más detalladamente posible los participantes. Se recomienda quitar la categorización.

4.1 Objetivo general y 4.2 Objetivos específicos: Problemas para políticas públicas y libros.

Núcleo de la disciplina: No es clara la categoría.

Especialidad: Especificar.

5.5 Variables y categorías 1. Descripción de la variable. Variable Criterio. Variable Dependiente. Variable Descriptiva. Variable Independiente. Variable predictora. Otra variable: En la ficha originalmente se pide especificar las variables definidas en el estudio por lo tanto se sugiere dejar un campo para cada uno de los tipos de variables.

Observaciones generales: La ficha es efectiva para artículos y tesis, pero cuando se trata de libros, capítulos de libros o documentos de política pública la ficha es poco efectiva, en cuanto a que quedarían muchos campos sin información y otros muy inespecíficos.

b) *Artículo de revista*

13. Identificador: Especificar si se hará uso del URL o del DOI del documento.

1.3 Tipo de investigación: ¿La categoría otros a qué tipo de investigaciones corresponde?

Otros: ¿La categoría otros a qué tipo de investigaciones corresponde?

Núcleo de la disciplina: No es clara la categoría.

Especialidad: No es claro a que se refiere el término especialidad.

2.1 Director de la tesis: No aparece

4. Fecha de recepción: No especifica el día- solo (Mes-año).

5. Fecha de aprobación: No especifica el día- solo (Mes-año).

5.3 Subtemas relacionados con las prioridades del plan decenal de salud pública: No hay espacio para seleccionar ningún tipo de opción.

6. Fecha de Publicación: No especifica el día- solo (Mes-año).

6.2 Tipo de investigación: Es indispensable seleccionar el método de investigación empleado para llevar a cabo el estudio: No está la opción otros. ¿Se debe dejar en blanco?

6.3 Instrumentos. Especifique el o los instrumentos utilizados para recoger la información o datos requeridos en el estudio: No está la opción otros. ¿Se debe dejar en blanco?

7.1 Tipo de análisis. Se especifica qué tipo de análisis estadístico o matemático se empleó para el análisis, en caso de que el estudio sea “cuantitativo”, o si se hizo un análisis de

contenido, de discurso, de narrativas u otro, si es un estudio “cualitativo”: No está la opción otros. ¿Se debe dejar en blanco?

7.2 Síntesis de los resultados. Si en el estudio se aborda alguna de las siguientes líneas y subtemas, se debe señalar a cual aporta y hacer un resumen de los aportes o contribuciones del estudio a las prioridades del Plan Decenal de Salud Pública de Bogotá: Es necesario hacer el resumen que se indica en la instrucción?, de ser así en que casilla se especifica?

8. Colaborador (es): No es muy claro.

8.1 Convergencias y divergencias a. Convergencias y divergencias entre los resultados y los planteamientos empíricos: No es claro presenta ambigüedad, confusión en torno a si esta debe ser inferida por la persona que diligencia la ficha o si esta debe estar incluida explícitamente en el documento revisado.

b. Convergencias y divergencias entre los resultados y los planteamientos Teóricos: No es claro presenta ambigüedad, confusión en torno a si esta debe ser inferida por la persona que diligencia la ficha o si esta debe estar incluida explícitamente en el documento revisado.

14. Editorial: No sé si es la revista que lo publica? Los artículos no refieren la editorial o editor.

15. Derechos de Acceso:

No se especifica el acceso a la información, el texto se encuentra encriptado.

51. Disciplina y paradigma a. Disciplina: Establecer paradigmas de disciplinas diferentes a la psicología.

b. Paradigma o paradigmas teóricos: Establecer paradigmas de disciplinas diferentes a la psicología.

5.5 Variables y categorías 1. Descripción de la variable. Variable Criterio. Cuando aparecen muchas variables no sé cómo ubicarlas, ¿podría establecer una categoría (ej.: demográficas,)? En caso de investigación mixta o con insuficiente información o información contradictoria, ¿cómo se haría el diligenciamiento?

Variable Dependiente: En caso de investigación mixta o con insuficiente información o información contradictoria, ¿cómo se haría el diligenciamiento?

Variable Descriptiva: En caso de investigación mixta o con insuficiente información o información contradictoria, cómo se haría el diligenciamiento?

Variable Independiente: En caso de investigación mixta o con insuficiente información o información contradictoria, ¿cómo se haría el diligenciamiento?

Variable Predictora: En caso de investigación mixta o con insuficiente información o información contradictoria, ¿cómo se haría el diligenciamiento?

Otra variable: En caso de investigación mixta o con insuficiente información o información contradictoria, ¿cómo se haría el diligenciamiento?

2. Categorías: En caso de investigación mixta o con insuficiente información o información contradictoria, ¿cómo se haría el diligenciamiento?

6.1 Perspectiva epistemológica. Perspectiva epistemológica para determinar si se trata de una investigación: En caso de investigación mixta o con insuficiente información o información contradictoria, ¿cómo se haría el diligenciamiento?

6.2 Tipo de investigación. Es indispensable seleccionar el método de investigación empleado para llevar a cabo el estudio: En caso de investigación mixta o con insuficiente información o información contradictoria, ¿cómo se haría el diligenciamiento?

6.3 Instrumentos Especifique el o los instrumentos utilizados para recoger la información o datos requeridos en el estudio: La opción debería ser abierta o abarcar una gama más amplia de opciones.

Observaciones generales: El diligenciamiento de la ficha se puede hacer de manera rápida es clara y bastante entendible. No tuve problemas grandes en el desarrollo de la actividad. Excepto con el formato de Windows 8 en el que se diseñó la tabla. En el documento se relaciona que fue una investigación de tipo hermenéutico crítico social, el instrumento solo me permite seleccionar hermenéutico o crítico por separado. Se podrían tener en cuenta las dimensiones prioritarias y transversales del plan decenal con la finalidad de tener una gama más amplia y explícita de posibilidades.

b) *Tesis de Maestría*

1.2 Tipo de documento: En esta institución hacen uso de artículos como tesis de maestría por lo que no sé si ponerlos como tesis de maestría o artículos de investigación.

13. Identificador: Especificar si se hará uso del URL o del DOI del documento.

1.3 Tipo de investigación: ¿La categoría otros a qué tipo de investigaciones corresponde?

Otros: ¿La categoría otros a qué tipo de investigaciones corresponde?

Indique la enfermedad: ¿Cuándo se indica la enfermedad? cuándo es el fenómeno investigado o cuándo es una condición de los participantes?

Núcleo de la disciplina: No es clara la categoría.

Especialidad: No es claro a que se refiere el término especialidad.

3.1 Participantes o población objeto: Se debe eliminar la categorización y anotar las características de la población presentes en el texto o a quien va dirigida la investigación.

5.3 Subtemas relacionados con las prioridades del plan decenal de salud pública: No hay espacio para seleccionar ningún tipo de opción.

5.5 Variables y categorías 1. Descripción de la variable. Variable Criterio: En caso de investigación mixta o con insuficiente información o información contradictoria, cómo se haría el diligenciamiento?

Variable Dependiente: En caso de investigación mixta o con insuficiente información o información contradictoria, cómo se haría el diligenciamiento?

Variable Descriptiva: En caso de investigación mixta o con insuficiente información o información contradictoria, cómo se haría el diligenciamiento?

Variable Independiente: En caso de investigación mixta o con insuficiente información o información contradictoria, cómo se haría el diligenciamiento?

Variable Predictora: En caso de investigación mixta o con insuficiente información o información contradictoria, cómo se haría el diligenciamiento?

Otra variable: En caso de investigación mixta o con insuficiente información o información contradictoria, cómo se haría el diligenciamiento?

2. Categorías: En caso de investigación mixta o con insuficiente información o información contradictoria, cómo se haría el diligenciamiento?

6.1 Perspectiva epistemológica. Perspectiva epistemológica para determinar si se trata de una investigación: En caso de investigación mixta o con insuficiente información o información contradictoria, cómo se haría el diligenciamiento?

6.2 Tipo de investigación. Es indispensable seleccionar el método de investigación empleado para llevar a cabo el estudio: No está la opción otros. ¿Se debe dejar en blanco?, En caso de investigación mixta o con insuficiente información o información contradictoria, cómo se haría el diligenciamiento?

6.3 Instrumentos. Especifique el o los instrumentos utilizados para recoger la información o datos requeridos en el estudio: Falta opción otros, y si se quiere la posibilidad de seleccionar varias. La opción debería ser abierta o abarcar una gama más amplia de opciones

7.1 Tipo de análisis. Se especifica qué tipo de análisis estadístico o matemático se empleó para el análisis, en caso de que el estudio sea “cuantitativo”, o si se hizo un análisis de contenido, de discurso, de narrativas u otro, si es un estudio “cualitativo”: No está la opción otros. ¿Se debe dejar en blanco?

7.2 Síntesis de los resultados. Si en el estudio se aborda alguna de las siguientes líneas y subtemas, se debe señalar a cual aporta y hacer un resumen de los aportes o contribuciones del estudio a las prioridades del Plan Decenal de Salud Pública de Bogotá: Es necesario hacer el resumen que se indica en la instrucción?, de ser así en que casilla se especifica?

Indique la enfermedad: Sin dificultades (Sin embargo la categoría se repite con el numeral 2.2).

8.1 Convergencias y divergencias a. Convergencias y divergencias entre los resultados y los planteamientos empíricos: No es claro presenta ambigüedad, confusión en torno a si esta debe ser inferida por la persona que diligencia la ficha o si esta debe estar incluida explícitamente en el documento revisado.

8.2 Categorías o variables. Esta síntesis de la discusión debe incluir las siguientes categorías o variables, en caso de que hayan sido abordadas en el estudio: Si la investigación consultada aborda a más de una de las problemáticas abordadas en el plan decenal?

b. Convergencias y divergencias entre los resultados y los planteamientos Teóricos: No es claro presenta ambigüedad, confusión en torno a si esta debe ser inferida por la persona que diligencia la ficha o si esta debe estar incluida explícitamente en el documento revisado.

c. Limitaciones de la investigación: Posiblemente las limitaciones que encuentra el investigador no son totalmente explicitas, en ese caso la persona encargada de diligenciar el formato deberá inferirlas?

Observaciones generales: El diligenciamiento de la ficha se puede hacer de manera rápida es clara y bastante entendible. El lugar que debía revisar es la biblioteca de la Universidad de los Andes. Esta biblioteca no tiene diferenciados en su catálogo las tesis de los artículos y en la mayoría a pesar de que están como "tesis" son realmente artículos para aspirar al título de magister. Por lo cual se genera la duda si deben ser relacionados como tesis o como artículos. (Yo lo relacione como tesis de maestría). Los artículos de investigación que han sido publicados por esta universidad no son visibles debido a que se encuentran en publicaciones de acceso limitado, por lo cual mi ejercicio queda incompleto en ese sentido. Finalmente considero que la ficha es entendible y fácil de llenar. En los documentos revisados no hay

claridad con el tipo de documento, la perspectiva metodológica ni en el tipo de acceso al documento mismo.

c) *Tesis de especialidad médica.*

4. Fecha de recepción: No aparece.

5. Fecha de aprobación: No aparece.

8. Colaborador (es): No es muy claro.

15. Derechos de Acceso: No todas las tesis especifican el acceso libre a la información.

5.5 Variables y categorías 1. Descripción de la variable. Variable Criterio. No se especifican las variables, sólo establecen variables, yo asumo las variables?

Observaciones generales: Tuve dificultad al encontrar la tesis adecuada porque cuando revisaba muchas eran monografías.

Los comentarios indicados fueron revisados en la ficha, adoptándose aquellos que parecieron pertinentes y originados en algunas formas de redacción o adaptación del documento al formato computarizado. Otros fueron discutidos con los encargados de la aplicación para garantizar la correcta aplicación del instrumento.

La validación realizada muestra un alto grado de acuerdo entre los jueces, así como una convergencia entre la validación de contenido y el grupo discusión. En general las apreciaciones de los jueces muestran una buena valoración del instrumento y la necesidad de incluir ajustes en el formato y delimitar el alcance de la información y la claridad de la misma en algunos ítems. Igual ocurre con las observaciones obtenidas en el pilotaje, las cuales contribuyeron a mejorar la claridad en el momento de la aplicación, si bien no exigieron modificaciones sustanciales de contenido.

6.2 ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LOS DOCUMENTOS RECOLECTADOS.

6.2.1 DESCRIPCIÓN DEL ESTADO DE LAS INVESTIGACIONES EN SALUD.

Con este análisis se ofrece una descripción transversal y longitudinal del estado del arte de las investigaciones a los largo de los años 2010-2013.

En este análisis se incluyen descripciones por temas y actores, mediante estadística descriptiva y exploratoria, analizando las asociaciones entre los ítems más relevantes del instrumento de recolección de información.

6.2.2 TÉRMINOS DE BÚSQUEDA

Se utilizaron cinco categorías de términos de búsqueda, las cuales dieron lugar a un gran número de combinaciones permitiendo obtener un número elevado de documentos. Los 10 términos de búsqueda, en cada una de las categorías, con mejores resultados fueron los que se indican en la Tabla 4.

Tabla 4. Términos de búsqueda utilizados.

TÉRMINOS DE BUSQUEDA								
1			2			3		
Términos	N	%	Términos	N	%	Términos	N	%
Salud	389	26,5	Salud	445	30,3	Enfermedad	462	31,5
Calidad de vida	384	26,2	Enfermedad	311	21,2	Salud	89	6,1
Enfermedad	255	17,4	Bogotá	212	14,5	Bogotá	72	4,9
Salud Pública	34	2,3	Calidad de vida	92	6,3	Procesos Patológicos	52	3,5
Neuropsicología	32	2,2	Condiciones Patológicas, Signos y Síntomas	52	3,5	Procesos neurofisiológicos	32	2,2
Epidemiología	23	1,6	Salud Pública	21	1,4	Calidad de vida	29	2
Promoción de salud	20	1,4	Atención a la Salud	17	1,2	Conservación de salud	20	1,4
Ginecología	19	1,3	Fenómenos y Procesos Psicológicos	16	1,1	Vulnerabilidad en Salud	17	1,2
Psicología	17	1,2	Sistemas de Salud	15	1	Salud Humana	15	1
Bogotá	16	1,1	Calidad de vida Salud	13	0,9	Problemas en salud	8	0,5
TÉRMINOS DE BUSQUEDA								
4			5					
Términos	N	%	Términos	N	%			
Bogotá	322	21,9	Salud Pública	52	3,5			
Calidad de vida	120	8,2	Enfermedades del Sistema nervioso	32	2,2			
Progresión de la Enfermedad	52	3,5	Cuidado en Salud	21	1,4			
Sistema nervioso	32	2,2	Ambiente Seguro	20	1,4			
Salud	21	1,4	Políticas de salud	19	1,3			
Salud Pública	18	1,2	Enfermedad	17	1,2			
Prevención de Enfermedades	17	1,2	Promoción de la Salud	17	1,2			
Proceso Salud-Enfermedad	15	1	Acción Farmacodinamia del Medicamentos	15	1			
Enfermedades crónicas	13	0,9	Bogotá	9	0,6			
Proceso Salud-Enfermedad	10	0,7	Epidemiología	5	0,3			

A su vez las rutas (o secuencia de términos de búsqueda) que arrojaron mejores resultados, en número de documentos, mediante una combinación de términos, fueron las que se muestran en la Tabla 5.

Tabla 5. Rutas de términos de búsqueda.

Orden de los términos				Parámetros	
1	2	3	4	N	%
Calidad de vida	Salud	Enfermedad	Bogotá	245	16,7
Salud				154	10,5
Salud	Bogotá	Enfermedad	Calidad de vida	101	6,9
Salud	Bogotá			74	5
Enfermedad	Calidad de vida	Salud	Bogotá	68	4,6
Calidad de vida	Salud			65	4,4
Enfermedad				63	4,3
Enfermedad	Condiciones patológicas, signos y síntomas	Procesos patológicos	Progresión de la enfermedad	52	3,5
Calidad de vida	Políticas en salud	Salud	Bogotá	45	3,10%
Enfermedad	Salud	Bogotá		45	3,1

Los términos de búsqueda muestran que se requiere realizar muy diferentes búsquedas, lo que indica una gran dispersión en la catalogación de los documentos. En la Figura 2, se muestra un ejemplo de esta dispersión para las primeras tres categorías en aquellos términos de menores resultados; cada punto representa un término de búsqueda. Los puntos focales son numerosos y enlazan con otros 2 o 3 puntos dentro de la figura.

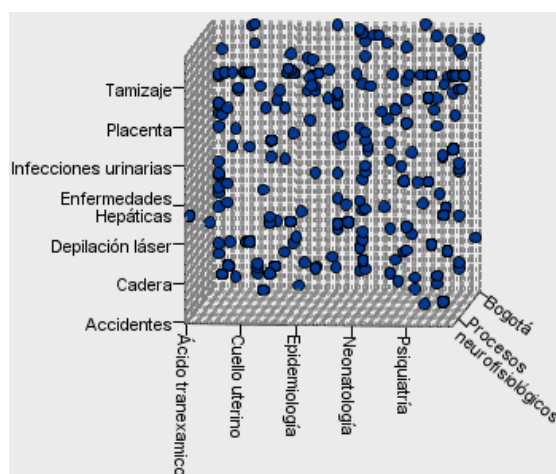


Figura 2. Dispersión de la asociación en los términos de búsqueda.

En total se obtuvieron 1466 documentos, los cuales se sistematizaron de acuerdo a los ítems incluidos en el instrumento de recolección. A continuación se presentan los resultados más significativos, teniendo en cuenta que en las tablas presentadas siempre se relacionan las 10 categorías más importantes de las obtenidas en los documentos, en el caso de que su número exceda de 10.

Al final de cada apartado se realiza una interpretación de los resultados obtenidos en el mismo.

6.2.3. DESCRIPCIÓN TRANSVERSAL

6.2.3.1 ASPECTOS FORMALES DE LOS DOCUMENTOS

El número de directores y autores se muestra en la Tabla 6.

Tabla 6. Autores y directores/asesores existentes en los documentos.

Categorías existentes	N	%
Autores	1449	98,7
Asesor	450	30,7
Director de investigación	272	18,5
Investigador Principal	43	2,9

Las características de fecha, país, ciudad y otras se muestran en la Tabla 7.

Tabla 7. Fecha de publicación, país y ciudad en los documentos.

Fecha de publicación			País			Ciudad		
Categoría	N	%	Categoría	N	%	Categoría	N	%
2012	421	28,7	Colombia	1448	98,7	Bogotá	1447	98,6
2013	402	27,4	EEUU	15	1,0	Washington	15	1,0
2011	341	23,2	Brasil	1	,1	Medellín	1	,1
2010	303	20,7	Chile	1	,1	México DF	1	,1
			Cuba	1	,1	Rio de Janeiro	1	,1
			México	1	,1			

Los colaboradores, financiación y cobertura de los documentos se muestran en la Tabla 8. La cobertura de documentos se muestra en la Tabla 9 y el idioma y el formato de los documentos se muestran en la Tabla 10.

Tabla8. Colaboradores y financiación de los documentos.

COLABORADORES			FINANCIACIÓN		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Hospital de San José	44	3.0	Autofinanciado	52	3.5
Fundación Salutia, Centro de investigaciones en economía, gestión y tecnologías en salud Bogotá, Colombia y Unidad administrativa especial comisión de regulación en SALUD UAE-CRES	6	.4	Hospital San José	7	.5
Hospital San José y Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud	5	.3	Universidad del Rosario	7	.5
Revista de Cirugía de Bogotá-Hospital de San José, Hospital Universitario infantil de San José y la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud	4	.3	Centro de Estudios Empresariales para la Perdurabilidad	4	.3
Hospital de San José y Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud	3	.2	Instituto Nacional de Salud	4	.3
Hospital San José, Hospital Universitario Infantil San José y Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud	3	.2	Pontificia Universidad Javeriana	3	.2
Hospital Universitario de La Samaritana	3	.2	Angiografía de Colombia	2	.1
Méndez, Erika Marcela	3	.2	Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta ESE	2	.1
Porras, Alexandra	3	.2	Departamento de Investigaciones Clínicas de Fundación Neumológica Colombiana	2	.1
Fundación Salutia, Centro de Investigaciones en Economía, Gestión y Tecnologías en Salud Bogotá, Colombia	2	.1	División de Investigación de Bogotá de la Universidad Nacional de Colombia	2	.1

Tabla 9. Cobertura de los documentos.

COBERTURA-PAÍS			COBERTURA-CIUDAD		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Colombia	1466	100,0	Bogotá	1466	100,0

Tabla 10. Idioma y formato de los documentos.

Idioma			Formato		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Español	1462	99,7	PDF	1200	81,8
Inglés	5	0,3	Papel	234	16,0
			HTML	26	1,8
			CD	5	,3
			Magnético	1	,1
			Word	1	,1

Las editoriales y revistas de publicación de los documentos se muestran en la Tabla 11. Los lugares de ubicación de los documentos se muestran en la Tabla 12 y el nombre de la institución de ubicación de los documentos se muestra en la Tabla 13. Los nombres de los postgrados que originan los documentos se muestran en la Tabla 14.

Tabla 11. Editorial y revista de publicación de los documentos.

EDITORIAL			REVISTA		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Universidad del Rosario	115	7.8	Revista Repertorio de Medicina y Cirugía	73	5,0
Instituto Nacional de Salud	90	6.1	Revista Biomédica	51	3,5
Universidad Nacional de Colombia	79	5.4	Informe Quincenal Epidemiológico Nacional (IQEN)	33	2,2
Fundación universitaria de Ciencias de la Salud	56	3.8	Revista Colombiana de Cancerología	33	2,2
Editorial Pontificia Universidad Javeriana	44	3.0	Revista Colombiana de Psiquiatría	24	1,6
Universidad Militar Nueva Granada	38	2.6	Informe de Evento	19	1,3
Revista Colombiana de Cancerología	31	2.1	Universidad El Bosque	19	1,3
Universidad Militar Nueva Granda	24	1.6	Universitas Medica	19	1,3
Universidad de San Buenaventura	22	1.5	Revista Colombiana de hematología y oncología	17	1,2
Universidad Santo Tomas	22	1.5	Revista Médica Sanitas	17	1,2

Tabla 12. Lugares de ubicación de los documentos.

Nombre	N	%
Biblioteca Central	220	14,5
Biblioteca Juan Roa Vásquez	197	13,0
Biblioteca	170	11,2
Biblioteca Digital	168	11,0
Biblioteca Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud	63	4,1
Biblioteca Universidad de la Sabana	56	3,7
Biblioteca Central Gabriel García Márquez	20	1,3
Biblioteca CRAI	19	1,2
Biblioteca Antonio Rocha Alvira	18	1,2
Grupo de Investigación ONCOLGroup	17	1,1

Tabla 13. Instituciones de ubicación de los documentos.

Nombre	N	%
Universidad del Rosario	295	19,4
Universidad Nacional de Colombia	232	15,3
Universidad El Bosque	225	14,8
Instituto Nacional de Salud	97	6,4
Universidad de la Sabana	87	5,7
Pontificia Universidad Javeriana	82	5,4
Universidad Militar Nueva Granada	64	4,2
Hospital de San José	53	3,5
Instituto Nacional de Cáncerología	36	2,4
Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá	30	2,0

Tabla 14. Nombre del postgrado que origina el documento.

Nombre	N	%
Especialización en Epidemiología	26	1,8
Especialización en Medicina Interna	25	1,7
Especialización en Salud Ocupacional	24	1,6
Neuropsicología Clínica	22	1,5
Especialización en Ginecología y Obstetricia	20	1,4
Especialista en Epidemiología	18	1,2
Gerencia de la Calidad en Salud	17	1,2
Pediatría	14	1,0
Especialización en Medicina Estética y laser	13	,9
Especialización en Cirugía General	12	,8

Los nombres de las dependencias que originan los documentos se muestran en la Tabla 15.

Tabla 15. Facultad/dependencia que origina el documento.

FACULTAD/DEPENDENCIA		
Nombre	N	%
Medicina	770	50,6
Psicología	43	2,8
Enfermería	35	2,3
Facultad de Ingeniería	28	1,8
Facultad de enfermería	16	1,1
Grupo de Investigación ONCOLGroup	13	,9
Centro de investigaciones en economía, gestión y tecnologías en salud	10	,7
División de postgrados	10	,7
Pediatría	10	,7
Facultad de ciencias económicas y administrativas	8	,5

La ubicación en bases de datos o repositorios de los documentos se muestran en la Tabla 16.

Tabla 16. Ubicación de los documentos en bases de datos o repositorios.

Nombre	N	%
Catalogo Institucional	418	28,5
Revista Open Access	333	22,7
Repositorio institucional E-docUR	95	6,5
Repositorio Universidad Militar Nueva Granada	60	4,1
Scielo	38	2,6
Repositorio institucional	36	2,5
Redalyc	29	2,0
Biblioteca Digital Universidad de San Buenaventura	22	1,5
AmbientalexInfo	5	,3
Base de datos Instituto Nacional de Salud	5	,3

Los derechos de acceso a los documentos se muestran en la Tabla 17.

Tabla 17. Derechos de acceso de los documentos.

Nombre	N	%
Acceso Abierto	1212	82,6
Sin cesión de Derechos de Autor	248	16,9
Base de Datos suscripción	4	,3
Base de Datos	3	,2

Las palabras clave utilizadas en los documentos se muestran en la Tabla 18. El tipo de documento se muestra en la Tabla 19. El nivel educativo de la institución se muestra en la Tabla 20.

Tabla 18. Palabras clave utilizadas en los documentos.

1			2			3		
Palabras	N	%	Palabras	N	%	Palabras	N	%
Salud pública	65	4,4	Calidad de vida	21	1,4	Calidad de vida	7	,5
Calidad de vida	25	1,7	Factores de riesgo	12	,8	Factores de riesgo	6	,4
Enfermedades	14	1,0	Adolescente	9	,6	Adolescentes	5	,3
Adolescentes	6	,4	Embarazo	7	,5	Colombia	5	,3
Atención en salud	5	,3	Mortalidad	7	,5	Educación	5	,3
Enfermería	5	,3	Prevalencia	7	,5	Mortalidad infantil	5	,3
Esquizofrenia	5	,3	Salud pública	6	,4	Prevalencia	5	,3
Neoplasias	5	,3	Acupuntura	5	,3	Atención a la Salud	4	,3
Tuberculosis	5	,3	Adolescencia	5	,3	calidad de vida	4	,3
Adolescente	4	,3	Recién nacido	5	,3	Depresión	4	,3
4			5					
Palabras	N	%	Palabras	N	%			
Colombia	15	1,0	Colombia	13	,9			
Enfermería	6	,4	Salud pública	4	,3			
Cuestionarios	4	,3	Seguridad del paciente	4	,3			
Depresión	4	,3	Depresión	3	,2			
Diagnóstico	4	,3	Acreditación	2	,1			
Diarrea	4	,3	Bogotá	2	,1			
Estudiantes de medicina	4	,3	Calidad de vida	2	,1			
Salud mental	4	,3	Cuidadores	2	,1			
Vigilancia epidemiológica	4	,3	Laboratorios	2	,1			
Adolescente	3	,2	perfil lipídico	2	,1			

Tabla 19. Tipo de documento.

Categoría	N	%
Tesis de especialidad médica	594	40,5
Artículo de investigación	571	38,9
Tesis de maestría	229	15,6
Documento de investigación organismo gubernamental	53	3,6
Tesis de Doctorado	12	,8
Documento de investigación institución privada	8	,5

Tabla 20. Nivel educativo de la investigación.

NIVEL EDUCATIVO 1			NIVEL EDUCATIVO 2		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Especialidad Médica	904	61,6	Grupo de Investigación	95	6,5
De Maestría	228	15,5	Especialista en Epidemiología	25	1,7
De Doctorado	17	1,2	Especialización en Salud Ocupacional	25	1,7
			Especialización en Medicina Estética y laser	22	1,5
			Especialización en Ginecología y Obstetricia	19	1,3
			Especialización en Ortopedia y Traumatología HOK	12	,8
			Especialización en Medicina Interna	11	,7
			Especialización en Neonatología	10	,7
			Especialización en Neurología	10	,7
			Especialización en Radiología	9	,6

El campo en que se ubica el documento se muestra en la Tabla 21.

Tabla 21. Campo en que se ubica el documento

Categorías	N	%
Salud	600	40,9
Enfermedad	500	34,1
Calidad de vida y salud	341	23,2
Calidad de vida	3	,2
Salud pública	2	,1
Total	1466	100,0

Comentarios a la información obtenida sobre los aspectos formales de los documentos.

Existe una abundancia de autores, como categoría, lo que demuestra el interés en la publicación de los documentos dentro de los circuitos científicos, más allá del resultado de una tesis o de un proyecto (Tabla 6). Esto es claro en el número creciente de publicaciones obtenidas a los largo de los años (Tabla 7), las cuales incluyen documentos provenientes principalmente de Colombia y Bogotá, como era de esperarse, aunque existen también publicaciones realizadas desde algunos otros países. Las entidades que han colaborado en la publicación de los documentos son fundamentalmente de carácter clínico y académico, a menudo en una colaboración entre ambos tipos (Tabla 8), destacándose el Hospital de San José como entidad clínica que propicia los estudios, y mostrando el resto una gran dispersión. En la misma Tabla 8, se aprecia la diversidad de financiaciones existentes, la ausencia de liderazgo en la provisión de recursos; la mayoría de las investigaciones, pero en número también reducido, son autofinanciadas, mientras que otras dependen esporádicamente de otras instituciones. La cobertura está centrada en Colombia y Bogotá (Tabla 9) de acuerdo al

objetivo de esta investigación, siendo claramente el idioma español predominante, con un predominio abrumador del formato electrónico (Tabla 10). Esto propicia la difusión y estimula la investigación, ya que resulta mucho más sencillo que la misma llegue a muy diversos lugares, o al menos esté presente la posibilidad de acceder a la publicación.

Si bien, las universidades constituyen las instituciones editoriales por excelencia, las revistas predominantes son fundamentalmente de naturaleza clínica, centradas en ocasiones en áreas de patologías específicas (Tabla 11), lo que puede otorgar una presencia importante a la investigación con orientación clínica. Esto también se aprecia en la naturaleza de los postgrados que originan los estudios (Tabla 14), la mayoría de carácter clínico, así como en la dependencia donde se origina el documento (Tabla 15), si bien en esta última se observa la presencia de unidades académicas tales como ingeniería o ciencias económicas y administrativas.

Los descriptores de las investigaciones abundan en relación con la salud pública o la calidad de vida, añadiendo así un enfoque algo diferente al estrictamente curativo (Tabla 18). Esto también se aprecia en el campo en el cual se ubica el documento (Tabla 21), donde la salud ocupa un primer lugar. Esto es relevante, teniendo en cuenta que la mayoría de investigaciones son de especialidades médicas (Tabla 19), seguidas de artículos de investigación o tesis de maestría, lo que coincide, en cierta forma, con el nivel educativo de la investigación (Tabla 20). No obstante, se debe tener en cuenta que la salud en este caso se puede entender desde el modelo médico y por lo tanto muy relacionada con la enfermedad.

Las instituciones encargadas de proporcionar acceso a los documentos son las bibliotecas de las universidades (Tablas 12 y 13), fundamentalmente en repositorios o bases de datos (Tabla 16) de carácter abierto (Tabla 17), a pesar de las investigaciones realizadas en centros clínicos y de la financiación que a veces se producen por los mismos. Sin embargo, estos centros no se ocupan de mantener una memoria de las investigaciones de manera sistematizada.

6.2.3.2 TEMA INVESTIGADO

Los temas centrales y subtemas de los documentos se muestran en la Tabla 22.

Tabla 22. Temas centrales y subtemas de los documentos.

TEMA CENTRAL								
Tema 1	N	%	Tema 2	N	%	Tema 3	N	%
Cáncer	7	,5	Calidad de vida	9	,6	Agua potable	1	,1
Calidad de vida	6	,4	Factores de riesgo	3	,2	Ambientes de trabajo saludables	1	,1
Consumo de alcohol	6	,4	Cirugía cardiovascular	2	,1	Analizar la prevalencia de glucemia en ayunas	1	,1
Enfermedad coronaria	5	,3	Fisiopatología	2	,1	Anomalías arteriales	1	,1
Cáncer de mama	4	,3	Acontecimiento adverso potencial	1	,1	Biopsia de cervix	1	,1
Cáncer de seno	4	,3	adiposidad localizada	1	,1	Calidad de vida	1	,1
Farmacovigilancia	4	,3	Agua	1	,1	Calidad de vida relacionada con la salud	1	,1
Síntomas osteomusculares	4	,3	Alcantarillado	1	,1	Compañero sexual	1	,1
Artritis reumatoide	3	,2	Alteraciones neuropsicológicas	1	,1	Conocimientos, actitudes y prácticas	1	,1
Bajo peso al nacer	3	,2	Analgésicos opioides	1	,1	Construcción de modelos	1	,1
Subtema 1	N	%	Subtema 2	N	%	Subtema 3	N	%
Factores de riesgo	7	,5	Prevalencia	9	,6	Comportamiento del evento en Colombia	10	,7
Prevalencia	6	,4	Salud pública	7	,5	Prevalencia	10	,7
Calidad de vida	5	,3	Factores de riesgo	6	,4	Factores de riesgo	6	,4
Comportamiento del evento a nivel mundial	5	,3	Calidad de vida	5	,3	Salud pública	6	,4
Salud	5	,3	Eventos adversos	4	,3	Tratamiento	5	,3
Enfermedad coronaria	4	,3	Tratamiento	4	,3	Políticas públicas	3	,2
Administración de personal-Estudio de casos; Planificación de recursos humanos--estudio de casos;Clima organizacional-- estudio de casos; Instituciones prestadoras de servicios de salud-- administración-- estudio de caso	3	,2	Medicamentos	3	,2	Calidad de vida	2	,1
Adolescencia	3	,2	Salud Pública	3	,2	Cardiopatías congénitas	2	,1
Diagnóstico	3	,2	Tratamientos	3	,2	Consecuencias	2	,1
Embarazo	3	,2	Calidad en los servicios de salud	2	,1	Corazón	2	,1

Las líneas de investigación relacionadas con los documentos se muestran en la Tabla 23.

Los temas de la Agenda de temáticas priorizadas en CT+I para la salud relacionadas con los documentos se muestran en la Tabla 24.

Tabla 23. Líneas de investigación relacionadas con los documentos.

Líneas de investigación			Enfermedad		
Tema	N	%	Tema	N	%
Enfermedad	475	32,4	Enfermedad coronaria	14	1,0
Salud	354	24,1	Tuberculosis	9	,6
Calidad de vida y salud	245	16,7	Cáncer	7	,5
Sistemas, servicios de salud y políticas en salud	230	15,7	Asma	5	,3
Prioridades del plan decenal de salud pública de Bogotá que se abordan en el documento	68	4,6	Parkinson	5	,3
Factores globales que afectan la equidad en salud	63	4,3	Cáncer de seno	4	,3
Estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de las poblaciones de Bogotá	26	1,8	Epilepsia	4	,3
Estructuras y procesos que afectan la equidad en salud	5	,3	Infecciones intrahospitalarias	4	,3
			Síndrome coronario agudo	4	,3
			Artritis reumatoide	3	,2

Tabla 24. Agenda temática priorizadas en CT+I para la salud.

Tema	N	%
Sistemas, servicios de salud y políticas en salud	491	32,3
Prioridades del plan decenal de salud pública de Bogotá	397	26,1
Estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de las poblaciones de Bogotá	373	24,5
Factores globales que afectan la equidad en salud	208	13,7

Comentarios a la información obtenida sobre el tema investigado.

El tema investigado muestra una clara y dispersa relación con contenidos clínicos, lo que confirma la forma en la cual se entiende la salud, apareciendo muy esporádicamente aspectos ambientales de infraestructura, tales como agua o alcantarillado (Tabla 22). Como temas secundarios aparecen aquellos relacionados con la salud pública o la epidemiología.

Esto se pone de manifiesto en las líneas de investigación a las cuales pertenecen los documentos (Tabla 23) donde se señala la enfermedad o la salud (probablemente entendida en el sentido médico) como principales. Una alusión importante a los sistemas y servicios en salud, ofrece la impresión de pretender incorporar estas temáticas a un marco más amplio (ver también Tabla 24) o de poderse relacionar con otros procesos diferenciales o globales, e incluso con planes de salud pública (Tabla 24), aunque la enfermedad objeto central de las investigaciones son prioritarias, tal como se muestra en la misma Tabla 23.

6.2.3.3 DELIMITACIÓN CONTEXTUAL

El número de participantes que se presentan en los documentos se muestran en la Tabla 25.

Tabla 25. Número de participantes en las investigaciones que se describen en los documentos.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Número de Participantes	1046	1	7155052	10205,08	227145,25

Las características de los participantes se muestran en la Tabla 26.

Tabla 26. Características de los participantes en las investigaciones que se describen en los documentos.

Sexo	N	%	Edad 1	N	%	Edad 2	N	%
Hombres y Mujeres	861	58,7	Edad adulta (18 años y mayores)	354	24,1	Edad adulta (18 años y mayores)	65	4,4
Hombre	54	3,7	Edad adulta joven (18 -29 años)	86	5,9	Edad media (40 - 64 años)	55	3,7
Mujer	136	9,3	Adolescencia (13 - 17 años)	77	5,2	Edad 65 y mayores	54	3,7
			Edad media (40 - 64 años)	64	4,4	Adolescencia (13 - 17 años)	38	2,6
			Neonatal (nacimiento - 1 mes)	55	3,7	Edad 85 y mayores	38	2,6
			Edad escolar (6 - 12 años)	48	3,3	Edad adulta joven (18 -29 años)	27	1,8
			Edad treinta (30 - 39 años)	44	3,0	Edad treinta (30 - 39 años)	22	1,5
			Edad 65 y mayores	40	2,7	Edad escolar (6 - 12 años)	13	,9
			Niño pre-escolar (2 - 5 años)	30	2,0	Infancia (nacimiento - 12 años)	5	,3
			Infancia (2 - 23 meses)	11	,7	Neonatal (nacimiento - 1 mes)	4	,3
Característica 1	N	%	Característica 2	N	%			
Revisión sistemática	8	,5	Sector Salud	3	,2			
Cáncer	4	,3	De jornadas mañana y tarde	2	,1			
Trabajadores	4	,3	Recibieron tratamiento farmacológico con dipirona	2	,1			
Cáncer Cervical	2	,1	10 hombres y 25 mujeres	1	,1			
Estudiantes de medicina	2	,1	118 casos, participantes del programa; 66 controles, no participantes del programa	1	,1			
Estudiantes de tercer semestre del Posgrado en Salud Ocupacional en la Universidad del Rosario en el segundo semestre de 2011	2	,1	123 pacientes con catarata; 65 pacientes con síndrome de ojo seco y 105 con trauma ocular abierto	1	,1			
Pacientes hospitalizados con diagnóstico AM	2	,1	128 diagnóstico "enfermedad de membrana hialina"	1	,1			
Pacientes que estuvieron hospitalizados en el periodo Octubre 2010 a Mayo de 2011 y que fueron valorados por Medicina Física y Rehabilitación	2	,1	136 atenciones médicas escogidas al azar	1	,1			
Periodoncititis Crónica	2	,1	16 años en adelante	1	,1			
Revisión documental	2	,1	192 controles sanos para esta enfermedad	1	,1			

Las instituciones a las que pertenecen los participantes se muestran en la Tabla 27.

Tabla 27. Instituciones a las que pertenecen los participantes.

Categoría	N	%
Fundación Cardioinfantil	56	3,8
Hospital de San José	52	3,5
Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá	40	2,7
Hospital Militar Central	36	2,5
Hospital Universitario de la Samaritana	23	1,6
Hospital Simón Bolívar	11	,7
Instituto Nacional de Cancerología	11	,7
Fundación Hospital de la Misericordia	10	,7
Hospital Occidente de Kennedy	9	,6
Hospital Universitario de San Ignacio	8	,5

Las unidades de análisis en los documentos se muestran en la Tabla 28.

Tabla 28. Unidades de análisis en los documentos.

Unidad 1	N	%	Unidad 2	N	%	Unidad 3	N	%
Instituciones	384	26,2	Bases de datos	257	17,5	Historias clínicas	270	18,4
Unidad 4	N	%	Unidad 5	N	%	Unidad 6	N	%
Exámenes diagnósticos	258	17,6	Datos estadísticos	233	15,9	Políticas en atención de desastres	2	,1
						Cultivo de salmonelosis	1	,1
						1599 Aislamientos de Alimentos	1	,1
						32 ganglio trigémino (GT) humanos de 16 cadáveres con no más de 24 h post mórtem en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Bogotá	1	,1
						374 hogares	1	,1
						4 Localidades de Bogotá	1	,1
						48 muestras de epitelio superficial	1	,1
						600 muestras alimentos listos para el consumo	1	,1
						A partir del rotulo o etiqueta de los productos encontrados en las grandes superficies	1	,1
						Aislamientos recuperados de procesos invasores de pacientes de todos los grupos de edad	1	,1

Comentarios a la información obtenida sobre la delimitación contextual.

Existe una preferencia por una gran abundancia de participantes en las investigaciones, alcanzando números elevados (Tabla 25) con mayoría de muestras combinadas de hombres y mujeres de edad adulta (Tabla 26). Esto puede señalar una aproximación epidemiológica

relacionada con la salud pública, tal como se ha observado en otros indicadores, o bien una preferencia por estudios que utilicen bases de datos amplias de donde se extraigan las características. Esto de alguna forma se refleja en la Tabla 28.

La mayoría de las instituciones donde se realizaron los estudios son de carácter clínico (Tabla 27), lo que confirma la orientación clínica de muchas de estas investigaciones.

6.2.3.4 REFERENTE TEÓRICO

Las disciplinas a las que pertenecen los documentos se muestran en la Tabla 29.

Tabla 29. Disciplinas y núcleos de la disciplina a la que pertenecen los documentos.

DISCIPLINAS								
Agronomía Veterinaria	N	%	Bellas Artes	N	%	Ciencias de la Educación	N	%
Medicina veterinaria	6	,4	Música	1	,1	Educación	11	,7
Agronomía	1	,1				Ciencias de la educación	2	,1
Ciencias de la Salud	N	%	Ciencias Sociales y Humanas	N	%	Economía Administración Contaduría		
Medicina	951	64,8	Psicología	83	5,7	Administración	17	1,2
Enfermería	66	4,5	Derecho y afines	13	,9	Economía	8	,5
Ciencias de la salud	58	4,0	Antropología y artes liberales	2	,1	Economía, administración, contaduría y afines	3	,2
Odontología	26	1,8	Ciencias sociales y humanas	2	,1			
Salud Pública	20	1,4	Sociología, trabajo social y afines	2	,1			
Administración	11	,7	Deportes, Educación física, Recreación	1	,1			
Nutrición y dietética	9	,6						
Terapias	8	,5						
Psicología	7	,5						
Optometría	4	,3						
Ingeniería Arquitectura Urbanismo	N	%	Matemáticas Ciencias Naturales	N	%			
Ingeniería civil y afines	16	1,1	Biología, microbiología y afines	20	1,4			
Ingeniería ambiental, sanitaria y afines	13	,9	Química y afines	5	,3			
Ingeniería industrial y afines	12	,8	Geología	1	,1			
Arquitectura	4	,3	Matemáticas, estadísticas y afines	1	,1			
Ingeniería electrónica, telecomunicaciones y afines	4	,3						
Ingeniería de sistemas, telemática y afines	3	,2						
Ingeniería administrativa y afines	2	,1						
Ingeniería mecánica y afines	2	,1						
Ingeniería química y afines	1	,1						
Ingeniería, arquitectura, urbanismo y afines	1	,1						

Las especialidades a las que pertenecen los documentos se muestran en la Tabla 30.

Tabla 30. Especialidades a las que pertenecen los documentos.

Especialidad	N	%
Oncología	38	2,6
Pediatría	36	2,5
Epidemiología	35	2,4
Psiquiatría	34	2,3
Gerencia de la Calidad en salud	31	2,1
Salud Pública	29	2,0
Especialización en Salud Ocupacional	28	1,9
Medicina Interna	28	1,9
Especialista en Epidemiología	25	1,7
Epidemiología general	23	1,6

Los referentes teóricos de los documentos se muestran en la Tabla 31.

Tabla 31. Referentes teóricos y conceptuales de los documentos.

Referente 1	N	%	Referente 2	N	%	Referente 3	N	%	Referente 4	N	%
Enfermedad	104	7,1	Organización Mundial de la Salud (OMS)	14	1,0	Ministerio de la Protección Social	8	,5	Ministerio de la Protección Social	2	,1
Calidad de vida y salud	58	4,0	Ministerio de la Protección Social	10	,7	Organización Panamericana de la Salud (OPS)	5	,3	Organización Mundial de la Salud (OMS)	2	,1
Salud	48	3,3	Estudios	6	,4	Organización Mundial de la Salud (OMS)	3	,2	Teoría de la simulación	2	,1
Sistemas, servicios de salud y políticas en salud	25	1,7	Epidemiología	5	,3	Estudios	2	,1	Antimicrobial biocides in the healthcare environment: efficacy, usage, policies, and perceived problems?	1	,1
Organización Mundial de la Salud (OMS)	21	1,4	Generalidades	5	,3	Ministerio de Salud	2	,1	Academia de Bogotá Todas las ciclomotoras funcionando (2009)	1	,1
Positivista	7	,5	Médico	5	,3	Políticas en salud	2	,1	Adolescente	1	,1
Acupuntura	6	,4	Positivista	5	,3	Positivista	2	,1	Alarcón Flores, Luis (2004)	1	,1
Calidad de vida	6	,4	Clasificación	4	,3	Cordón espinal y raíces nerviosas	1	,1	Aranda C El síndrome de Burnout o de quemarse en el trabajo: un conflicto en la salud de los profesionales Revista IIPSI Facultad de Psicología UNMSM	1	,1
Cognitivo-conductual	6	,4	Factores de riesgo	4	,3				Ardila, Rosselli, Matute (2010) Neuropsicología del Desarrollo Infantil	1	,1
Tuberculosis	6	,4	Definición	3	,2				Artículos 13 y 47 de la Constitución	1	,1

Comentarios a la información obtenida sobre los referentes teóricos.

Sin duda las ciencias de la salud y las ciencias sociales y humanas, constituyen las disciplinas principales en donde se producen las investigaciones. No obstante, otras disciplinas como las ingenierías o las administrativas o económicas, hacen intentos de profundizar en las temáticas de salud, calidad de vida y enfermedad (Tabla 29). Esto resulta de un gran interés y favorecería una aproximación a la salud desde los determinantes sociales de la misma en su sentido más amplio. No obstante, estos esfuerzos son todavía incipientes y no se configura un gran proyecto que los aglutine.

Especialmente se observa el factor clínico en las especialidades que producen la investigación (Tabla 30) y en los referentes teóricos (Tabla 31), siendo significativa la presencia predominante de la enfermedad como referencia en los documentos, amparada en ocasiones por organismos internacionales como la OMS, o nacionales como el Ministerio de Salud o la Alcaldía de Bogotá, haciendo presencia elementos legislativos constitucionales.

Esto resulta de interés, ya que las investigaciones están todavía lejos de presentar una estructura organizada salvo la insistencia en el fenómeno de la enfermedad, lo que parece indicar también la forma parcial en la cual se entiende la salud y la calidad de vida.

6.2.3.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES

El número de hipótesis que aparecen en los documentos se muestran en la Tabla 32.

Tabla 32. Número de hipótesis en los documentos.

Hipótesis 1	N	%	Hipótesis 2	N	%	Hipótesis 3	N	%	Hipótesis 4	N	%
	292	19,90		115	7,83		16	1,09			
Hipótesis 5	N	%	Hipótesis 6	N	%	Hipótesis 7	N	%	Tesis 1	N	%
										31	2,11
Tesis 2	N	%	Tesis 3	N	%						
	1	,06		1	,06						

El número de variables y categorías que aparecen en los documentos se muestran en la Tabla 33.

Tabla 33. Número de variables y categorías que aparecen en los documentos.

Categoría	N	%	Categoría	N	%	Categoría	N	%	Categoría	N	%
Variable Criterio 1	58	3,95	Variable Criterio 3	4	,27	Variable Criterio 3	3	,20	Variable independiente 1	263	17,94
Categoría	N	%	Categoría	N	%	Categoría	N	%	Categoría	N	%
Variable independiente 2	122	8,32	Variable independiente 3	94	6,4	Variable independiente 4			Variable independiente 5		
Categoría	N	%	Categoría	N	%	Categoría	N	%	Categoría	N	%
Variable independiente 6			Variable dependiente 1	290	19,78	Variable dependiente 2	88	6,00	Variable dependiente 3	58	3,95
Categoría	N	%	Categoría	N	%	Categoría	N	%	Categoría	N	%
Variable dependiente 4			Variable dependiente 5			Variable dependiente 6			Variable descriptiva 1	486	33,12
Categoría	N	%	Categoría	N	%	Categoría	N	%	Categoría	N	%
Variable descriptiva 2	318	21,67	Variable descriptiva 3	254	17,31	Variable descriptiva 4			Variable descriptiva 5		
Categoría	N	%	Categoría	N	%	Categoría	N	%	Categoría	N	%
Variable descriptiva 6			Variable Predictora 1	33	2,24	Variable Predictora 2	9	,61	Variable Predictora 3	8	,54
Categoría	N	%	Categoría	N	%	Categoría	N	%	Categoría	N	%
Variable Predictora 4			Variable Predictora 5			Variable Predictora 6			Otra categoría	173	11,79
Categoría	N	%									
Otra variable	267	18,20									

Comentarios a la información obtenida sobre las hipótesis y variables.

Si bien se presentan un moderado número de hipótesis en los documentos (Tabla 32), las variables se agrupan alrededor de aquellas de tipo descriptivo y las de tipo de variable independiente o dependiente (Tabla 33). No obstante, dado el elevado de participantes en las muestras de los estudios, es muy posible que por variable independiente se entienda la variable predictora, lo que convierte a estos estudios en correlacionales, en lugar de experimentales como parece sugerir el término de variable independiente.

6.2.3.6 METODOLOGÍA

Las perspectivas epidemiológicas que aparecen en los documentos se muestran en la Tabla 34.

Tabla 34. Perspectivas epistemológicas en los documentos.

Perspectiva epistemológica 1	N	%	Perspectiva epistemológica 2	N	%
Empírico Analítica	979	66,7	Antropológica	1	,1
Positivista	237	16,2	Arqueológica	1	,1
Histórico Hermenéutica o Interpretativa	206	14,0	Histórico Hermenéutica o Interpretativa	1	,1
Crítico Social o Participativa	20	1,4	Marco lógico	1	,1
Interpretativista	15	1,0	Modelo Matemático	1	,1
Constructivista	3	,2	Orientación Pragmática	1	,1
Orientación Pragmática	1	,1			
Otra	1	,1			

Los enfoques metodológicos que aparecen en los documentos se muestran en la Tabla 35.

Tabla 35. Enfoques metodológicos que aparecen en los documentos.

Enfoque metodológico	N	%	Enfoque metodológico Otro	N	%
Cuantitativo	797	54,3	Modelo de Evaluación de la Calidad	1	,1
Cualitativo	358	24,4			
Mixto	123	8,4			

Los tipos de estudios que aparecen en los documentos se muestran en la Tabla 36.

Tabla 36. Tipos de estudios de los documentos.

Tipo de estudio	N	%	Tipo de estudio Otro	N	%
Descriptivo	780	53,2	Transversal	44	3,0
Estudio de caso	101	6,9	Observacional	23	1,6
Estudios retrospectivos	72	4,9	Retrospectivo	23	1,6
Cuasi-experimental	47	3,2	Retrospectivo	12	,8
Experimental	47	3,2	Descriptivo	10	,7
Estudios analíticos observacionales de casos y controles	45	3,1	Comparativo	9	,6
Estudios analíticos observacionales de cohortes	44	3,0	Serie de Casos	8	,5
Exploratorio	37	2,5	Prospectivo	6	,4
Estudios prospectivos	36	2,5	Transversal	6	,4
Correlacional	35	2,4	Analítico	5	,3

Los instrumentos utilizados en las investigaciones descritas en los documentos se muestran en la Tabla 37.

Tabla 37. Instrumentos descritos en los documentos.

Instrumentos 1	N	%	Instrumentos 2	N	%	Instrumentos Otros	N	%
Historias clínicas	326	21,4	Exámenes diagnósticos	145	9,5	Historia clínica	20	1,4
Bases de Datos	265	17,4	Historias clínicas	103	6,8	Revisión de literatura en el tema	17	1,2
Cuestionario	211	13,9	Bases de Datos	68	4,5	Escala	14	1,0
Encuesta	143	9,4	Cuestionario	60	3,9	Revisión de artículos	12	,8
Exámenes diagnósticos	136	8,9	Software	18	1,2	Historias clínicas	9	,6
Entrevista Semiestructurada	69	4,5	Encuesta	15	1,0	Exámenes diagnósticos	8	,5
Entrevista Estructurada	28	1,8	Entrevista Semiestructurada	14	,9	Bases de datos	6	,4
Software	23	1,5	Grupo Focal	9	,6	Revisión de literatura Publicada en el tema	5	,3
Protocolos	18	1,2	Protocolos	9	,6	Cuestionario	4	,3
Entrevista a profundidad	17	1,1	Programas	6	,4	Lista de chequeo	4	,3
			Análisis cartográfico - Análisis de discurso	1	,1			

Comentarios a la información obtenida sobre la metodología.

La perspectiva epistemológica predominante es la empírico-analítica y positivista, propia de las disciplinas más experimentales (Tabla 34). No obstante, la histórico-hermeneútica tiene también relevancia, al presentarse en un número relativamente elevado de estudios. El positivismo está muy asociado a las ciencias biomédica, lo que confirma el carácter predominante de fenómeno de la salud como ausencia de enfermedad. También está muy asociado al enfoque cuantitativo predominante (Tabla 35). Sin embargo, este enfoque origina un tipo de estudio de carácter descriptivo y de corte transversal fundamentalmente (Tabla 36), lo que ocasiona resultados que incluso siendo relevante adolecen de una base explicativa adecuada de los fenómenos.

Los instrumentos predominantes en los estudios son las historias clínicas, las bases de datos y los cuestionarios o los exámenes diagnósticos (Tabla 37), lo que hace ver, de nuevo, el carácter correlacional o asociativo de las diferentes investigaciones.

6.2.3.7 RESULTADOS

Los tipos de análisis descritos en los documentos se muestran en la Tabla 38.

Tabla 38. Tipos de análisis en las investigaciones descritas en los documentos.

Tipo de análisis	N	%	Tipo de análisis Otro	N	%
Tipo de análisis estadístico	853	56,1	Matemático	6	,4
Tipo de análisis estadístico o matemático	288	18,9	Análisis de discurso	3	,2
Análisis de contenido	221	14,5	Análisis descriptivo	3	,2
Tipo de análisis matemático	50	3,3	De contenido	3	,2
Análisis de discurso	30	2,0	Análisis de contenido	2	,1
Análisis de narrativas	28	1,8	Análisis de narrativa	2	,1
Análisis cartográfico	3	,2	Análisis Documental	2	,1
			Triangulación	2	,1
			Triangulación de información	2	,1

La relación de la síntesis de resultados con la agenda de temáticas priorizadas en CT+I para la salud se muestra en la Tabla 39.

Tabla 39a. Relación de la síntesis de resultados con la agenda de temáticas priorizadas en CT+I para la salud.

PRIORIDADES DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA DE BOGOTÁ								
Prioridades del plan decenal de salud pública de Bogotá			N	%	Enfermedad		N	%
Enfermedades crónicas no transmisibles			281	18,5	Cáncer		13	,9
Salud Mental			87	5,7	Tuberculosis		9	,6
Salud, sexual y reproductiva			75	4,9	calidad de vida		4	,3
Enfermedades transmisibles en particular las emergentes y reemergentes			66	4,3	Cáncer colorrectal		4	,3
Enfermedad			62	4,1	Cáncer de mama		4	,3
Calidad de vida			38	2,5	Enfermedad renal crónica		4	,3
Salud oral			33	2,2	Lupus eritematoso sistémico		4	,3
Salud			31	2,0	AH1N1		3	,2
Sistemas, servicios de salud y políticas en salud			31	2,0	Artritis reumatoidea		3	,2
Enfermedades Transmisibles emergentes y reemergentes			12	,8	Asma		3	,2
FACTORES GLOBALES QUE AFECTAN LA EQUIDAD EN SALUD								
Factores Globales del Ambiente	N	%	Factores Globales Trabajo y salud	N	%	Factores Globales Otros	N	%
Medicamentos seguros	32	2,2	Trabajo y salud	24	1,6	Enfermedad	15	1,0
Saneamiento básico	12	,8	Desarrollo urbano y modos de vida	3	,2	Sistemas, servicios de salud y políticas en salud	14	1,0
Alimentos sanos y seguros	8	,5	Seguridad Alimentaria	3	,2	Enfermedades Crónicas no Transmisibles	11	,7
Movilidad	8	,5	Desarrollo Urbano y Modos de Vida	1	,1	Salud	10	,7
Calidad de agua	7	,5	Emergencias y desastres	1	,1	Calidad de vida	6	,4
Eventos transmisibles de origen zoonótico	7	,5				Ambiente	5	,3
Aire	6	,4	Trabajo y Salud	1	,1	Salud Mental	4	,3
Seguridad química	5	,3				Sexualidad y Reproducción	3	,2
Cambio climático	3	,2				Prioridades del Plan Decenal de Salud Pública de Bogotá que se abordan en el documento	2	,1
Espacio público	3	,2				Calidad de agua y saneamiento básico	1	,1
ESTRUCTURAS Y PROCESOS QUE AFECTAN DIFERENCIALMENTE LA SALUD DE LAS POBLACIONES								
Estructuras, procesos, diversidad	N	%	Estructuras, procesos, género	N	%	Estructuras, procesos, otros	N	%
Salud	275	18,7	Ciclo vital	19	1,3	Diversidades	8	,5
Discapacidad	26	1,8	Género y salud	13	,9	Diversidades	1	,1
Interseccionalidades de las poblaciones	11	,7	Diversidades	8	,5	Caída intrahospitalaria en adulto mayor	1	,1
Desplazamiento	5	,3	Impacto en salud de la segmentación espacial	4	,3			
			Impacto del conflicto social y armado en la salud	3	,2			
			Ciclo Vital	2	,1			
			Género y Salud	2	,1			
			Caída intrahospitalaria en adulto mayor	1	,1			

Tabla 39b. Relación de la síntesis de resultados con la agenda de temáticas priorizadas en CT+I para la salud.

SISTEMAS, SERVICIOS Y POLÍTICAS DE SALUD								
Sistemas, servicios, economía de la salud	N	%	Sistemas, servicios, infraestructura de la salud	N	%	Sistemas, servicios, otros	N	%
Administración	17	1,2	Modelos de atención en salud	78	5,3			
Costos de servicios	17	1,2	Tecnologías y salud	43	2,9			
Financiamiento	3	,2	Accesibilidad, oportunidad y calidad en los servicios de salud	38	2,6			
			Políticas en salud	7	,5			
			Capacidades del Talento Humano	5	,3			
			Sistemas de información	4	,3			
			Capacidades del talento humano	3	,2			
			Infraestructura de la Salud	3	,2			

Comentarios a la información obtenida sobre los resultados.

En concordancia con lo indicado hasta ahora en los otros apartados, el tipo de análisis fundamental en las investigaciones es el estadístico o matemático (Tabla 38), si bien este tipo de análisis es de utilidad general. Aparece con cierta intensidad el análisis de contenido, propiciando así un acercamiento que podría ser más cualitativo al tema de objeto de las investigaciones.

El tema de la enfermedad crónica no transmisible se configura como el de mayor interés en las temáticas abordadas y en general la enfermedad como tal constituye el objetivo de muchas investigaciones (Tabla 39). En esta tabla se observa como los factores globales que afectan a la equidad en salud, siguen de lejos a los anteriores, focalizándose en los medicamentos seguros; igualmente la salud y su impacto diferencial es de nuevo un tema de interés, siendo los modelos de atención en salud el tema de mayor interés en los sistemas, servicios y políticas de salud. Así, la preocupación fundamental en salud resulta ser lo relacionado con la enfermedad.

6.2.3.8 DISCUSIÓN

La relación de la discusión con la agenda de temáticas priorizadas en CT+I para la salud se muestra en la Tabla 40.

Tabla 40a. Relación de la discusión con la agenda de temáticas priorizadas en CT+I para la salud.

PRIORIDADES DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA DE BOGOTÁ								
Prioridades del plan decenal de salud pública de Bogotá	N	%	Enfermedad	N	%			
Enfermedades crónicas no transmisibles	207	13,6	Enfermedades Crónicas no Transmisibles	28	1,9			
Enfermedades transmisibles en particular las emergentes y reemergentes	70	4,6	Cáncer	6	,4			
Salud Mental	69	4,5	Tuberculosis	6	,4			
Salud, sexual y reproductiva	64	4,2	Calidad de vida	5	,3			
Enfermedad	46	3,0	Salud Oral	5	,3			
Salud	25	1,6	Enfermedad renal crónica	4	,3			
Calidad de vida y salud	24	1,6	Enfermedades Transmisibles emergentes y reemergentes	4	,3			
Prioridades del Plan Decenal de Salud Pública de Bogotá	22	1,4	Lupus eritematoso sistémico	4	,3			
Salud oral	19	1,2	Salud Mental	4	,3			
Sistemas, servicios de salud y políticas en salud	18	1,2	Enfermedad coronaria	3	,2			
FACTORES GLOBALES QUE AFECTAN LA EQUIDAD EN SALUD								
Factores Globales del Ambiente	N	%	Factores Globales Trabajo y salud	N	%	Factores Globales Otros	N	%
Medicamentos seguros	27	1,8	Trabajo y Salud	16	1,1	Ambiente	5	,3
Saneamiento básico	9	,6	Trabajo y salud	8	,5	Seguridad alimentaria	2	,1
Alimentos sanos y seguros	7	,5	Desarrollo urbano y modos de vida	3	,2	Calidad de agua y saneamiento básico	1	,1
Calidad de agua	7	,5	Seguridad alimentaria	3	,2	Cambio climático y hábitat; Espacio público y movilidad	1	,1
Eventos transmisibles de origen zoonótico	7	,5	Desarrollo Urbano y Modos de Vida	1	,1	Emergencias y desastres	1	,1
Movilidad	7	,5	Emergencias y desastres	1	,1			
Seguridad química	5	,3						
Aire	4	,3						
Espacio público	3	,2						
Cambio climático	2	,1						
ESTRUCTURAS Y PROCESOS QUE AFECTAN DIFERENCIALMENTE LA SALUD DE LAS POBLACIONES								
Estructuras, procesos, diversidad	N	%	Estructuras, procesos, género	N	%	Estructuras, procesos, otros	N	%
Salud	252	17,2	Ciclo vital	8	,5	Diversidades	8	,5
Discapacidad	24	1,6	Diversidades	8	,5	Diversidades	1	,1
Interseccionalidades de las poblaciones	11	,7	Género y salud	7	,5	Caída intrahospitalaria en adulto mayor	1	,1
Desplazamiento	4	,3	Ciclo Vital	3	,2	Consumo de Drogas psicoactivas	1	,1
			Impacto del conflicto social y armado en la salud	2	,1	Reclutamiento Forzado	1	,1
			Impacto en salud de la segmentación espacial	2	,1			
			Caída intrahospitalaria en adulto mayor	1	,1			
			Género y Salud	1	,1			

Tabla 40b. Relación de la discusión con la agenda de temáticas priorizadas en CT+I para la salud.

SISTEMAS, SERVICIOS Y POLÍTICAS DE SALUD								
Sistemas, servicios, economía de la salud	N	%	Sistemas, servicios, infraestructura de la salud	N	%	Sistemas, servicios, otros	N	%
Administración	17	1,2	Modelos de atención en salud	75	5,1			
Costos de servicios	16	1,1	Tecnologías y salud	44	3,0			
Financiamiento	2	,1	Accesibilidad, oportunidad y calidad en los servicios de salud	38	2,6			
			Políticas en salud	7	,5			
			Capacidades del Talento Humano	5	,3			
			Sistemas de información	4	,3			
			Capacidades del talento humano	3	,2			
			Infraestructura de la Salud	2	,1			

El tipo de recomendaciones realizadas por los autores de los documentos se muestra en la Tabla 41.

Tabla 41. Tipo de recomendaciones del autor o autores de la investigación.

Categoría	N	%	Categoría	N	%	Categoría	N	%	Categoría	N	%
Nuevas investigaciones	58	3,95	Políticas públicas	285	19,24	Comentarios	664	45,26	Glosas	21	1,43
Anexos/apéndices	516	35,17	Observaciones	188	12,81						

Comentarios a la información obtenida sobre la discusión.

Las enfermedades crónicas no trasmisibles constituyen de nuevo una agenda prioritaria en el plan decenal de salud (Tabla 40), así como las trasmisibles o al salud mental, la sexual y la reproductiva. Este aspecto se manifiesta en las enfermedades objeto de atención las cuales se focalizan de nuevo en las enfermedades crónicas. Igualmente en los factores globales se sitúan otra vez los medicamentos seguros en el tema de ambiente, si bien en el trabajo y salud, la relación entre estos dos conceptos constituye una preocupación incipiente. El impacto diferencial de la salud, es un tema de interés con gran diferencia sobre otros como el ciclo vital o las diversidades. Esto es un fenómeno curioso ya que lo diferencial se aleja de aspectos de diversidad, cubriendo así aquellos aspectos típicos de estudio, sin profundizar en otras dimensiones.

Los modelos de atención en salud, siguen siendo prioritarios.

6.2.4 DESCRIPCIÓN LONGITUDINAL

Las tablas correspondientes a la evolución de las variables de recolección de información se encuentran en el Anexo 3.

En general la descripción longitudinal sigue las pautas indicadas en la descripción transversal si bien se aprecia la evolución con mayor detenimiento.

6.2.5 DETERMINACIÓN DE LOS INDICADORES GENERALES DE LOS APARTADOS DEL INSTRUMENTO.

Mediante este análisis se realizaron agrupamientos y se obtuvieron indicadores globales de la evolución de las investigaciones en salud, destacando la importancia de las variables en el indicador para obtener la importancia de temas y actores. Para esto se utilizaron medidas de relación entre variables y de extracción de componentes. En estos agrupamientos se siguieron los apartados generales del instrumento de recolección de información.

6.2.5.1 ASPECTOS FORMALES DE LOS DOCUMENTOS

La información obtenida en los aspectos formales de los documentos se agrupó en dos dimensiones, en las cuales se cuantificaron las variables. La Tabla 42 muestra el buen ajuste del agrupamiento realizado.

Tabla 42. Ajuste de la agrupación realizada con las variables de los aspectos formales de los documentos.

Dimensión	Alfa de Cronbach	Autovalores	Inercia	% de la varianza
AF1	,956	11,883	,495	49,514
AF2	,949	11,031	,460	45,961
Total		22,914	,955	

Con este agrupamiento se observa la influencia de las variables en el estado del arte. En la Tabla 43, se observa la importancia de cada una de las variables en el mismo. De acuerdo con esta tabla la dimensión AF1 comprende, con mayor peso, las variables Director-Asesor, Lugar donde se encuentra, Nombre del posgrado, Facultad- Unidad-Dependencia, Base de Datos-Repositorio, Tipo de documento. A su vez, la dimensión AF2 comprende, con mayor peso las variables País, Ciudad, Entidad que financia, Palabra clave1-5, Nivel educativo 2.

De esta manera, la dimensión AF1 se puede denominar AF1-Director-Localización-Documento, mientras que la dimensión AG2, puede denominarse AF2-Financia-Palabra clave.

Tabla 43. Importancia de las variables de aspectos formales de los documentos dentro de las dos dimensiones de agrupamiento obtenidas.

	Dimensión		
	AF1	AF2	
AF21 DirectorAsesor	,557	,064	*
AF6 Fecha de Publicación	,009	,003	
AF7 País	,260	,946	*
AF7 Ciudad	,259	,946	*
AF8 Colaboradores	,311	,016	
AF9 Entidad que Financia	,360	,959	*
AF11 Idioma	,010	,001	
AF12 Formato	,175	,009	
AF14 Editorial	,912	,993	*
AF15 Revista	,881	,991	*
AF16 Lugar donde se Encuentra	,566	,043	*
AF18 Nombre del Posgrado	,543	,027	*
AF19 Facultad Unidad Dependencia	,577	,025	*
AF20 Base de Datos Repositorio	,790	,059	*
AF21 Derechos de Acceso	,151	,008	
AF23 Palabra Clave 1	,892	,993	*
AF23 Palabra Clave 2	,910	,995	*
AF23 Palabra Clave 3	,887	,993	*
AF23 Palabra Clave 4	,764	,983	*
AF23 Palabra Clave 5	,511	,967	*
AF1.2 Tipo de Documento	,701	,035	*
AF1.3 Nivel Educativo 1	,437	,011	
AF1.3 Nivel Educativo 2	,349	,962	*
AF1.4 Campo en que se Ubica	,070	,002	

* Variables más relevantes en alguna o ambas dimensiones. A mayor coeficiente, mayor relevancia. Se han marcado con * los coeficientes superiores a ,500

6.2.5.2 TEMA INVESTIGADO

La información obtenida en el tema investigado de los documentos se agrupó en dos dimensiones, en las cuales se cuantificaron las variables. La Tabla 44 muestra el buen ajuste del agrupamiento realizado.

Tabla 44. Ajuste de la agrupación realizada con las variables del tema investigado de los documentos.

Dimensión	Alfa de Cronbach	Autovalores	Inercia	% de la varianza
TI1	,964	7,005	,778	77,836
TI2	,957	6,711	,746	74,564
Total		13,716	1,524	

Con este agrupamiento se observa la influencia de las variables en el estado del arte. En la Tabla 45, se observa la importancia de cada una de las variables en el mismo. De

acuerdo con dicha tabla la dimensión TI1 comprende, con mayor peso, la variable Enfermedad. A su vez, la dimensión TI2 no contiene una variable que tenga un mayor peso en la misma.

De esta forma la dimensión TI1, se puede denominar TI1-Enfermedad, y la TI2 se puede denominar TI2-Temas.

Tabla 45. Importancia de las variables de tema investigado dentro de las dos dimensiones de agrupamiento obtenidas.

	Dimensión		
	TI1	TI2	
AF2.1TemaCentral1	1,000	1,000	*
AF2.1TemaCentral2	,999	,853	*
AF2.1TemaCentral3	,999	,999	*
AF2.1Subtema1	1,000	1,000	*
AF2.1Subtema2	1,000	1,000	*
AF2.1Subtema3	1,000	1,000	*
TI2.2.1LineadeInvestigacion	,004	,003	
TI2.2.1Enfermedad	1,000	,853	*
TI2.2.2CategoriadelPlanDecenal	,005	,003	

* Variables más relevantes en alguna o ambas dimensiones. A mayor coeficiente, mayor relevancia. Se han marcado con * los coeficientes superiores a ,500

6.2.5.3 DELIMITACIÓN CONTEXTUAL

La información obtenida en la delimitación contextual de los documentos se agrupó en dos dimensiones, en las cuales se cuantificaron las variables. La Tabla 46 muestra el buen ajuste del agrupamiento realizado.

Tabla 46. Ajuste de la agrupación realizada con las variables de la delimitación contextual de los documentos.

Dimensión	Alfa de Cronbach	Autovalores	Inercia	% de la varianza
DC1	,902	4,413	,630	,902
DC2	,895	4,292	,613	,895
Total		8,706	1,244	

Con este agrupamiento se observa la influencia de las variables en el estado del arte. En la Tabla 47, se observa la importancia de cada una de las variables en el mismo. De acuerdo con la tabla mencionada la dimensión DC1 y la DC2 presentan características de peso de las variables similares. Debido a esto resulta difícil diferenciarlas, y se utilizarán como nombres DC1-Participantes1 y DC2-Participantes2.

Tabla 47. Importancia de las variables de delimitación contextual dentro de las dos dimensiones de agrupamiento obtenidas.

	Dimensión		
	DC1	DC2	
DC3.1Numero de Participantes	,713	,725	*
DC3.1Sexo	,164	,195	
DC3.1Edad1	,503	,466	
DC3.1Edad2	,448	,327	
DC3.1Características1	,979	,983	*
DC3.1Características2	,765	,768	*
DC3.1Institucion de los Participantes	,841	,829	*

* Variables más relevantes en alguna o ambas dimensiones. A mayor coeficiente, mayor relevancia. Se han marcado con * los coeficientes superiores a ,500

6.2.5.4 REFERENTE TEÓRICO

La información obtenida en el referente teórico de los documentos se agrupó en dos dimensiones, en las cuales se cuantificaron las variables. La Tabla 48 muestra el buen ajuste del agrupamiento realizado.

Tabla 48. Ajuste de la agrupación realizada con las variables de los referentes teóricos de los documentos.

Dimensión	Alfa de Cronbach	Autovalores	Inercia	% de la varianza
RT1	,893	5,699	,438	43,838
RT2	,891	5,626	,433	43,273
Total		11,324	,871	

Con este agrupamiento se observa la influencia de las variables en el estado del arte. En la Tabla 49, se observa la importancia de cada una de las variables en el mismo. En esta tabla, la dimensión RT1 y la RT2 presentan una gran similitud en la importancia de cada variable por lo que simplemente se denominaran con los nombres RT1-Especialidad-Referente1 y RT2-Especialidad-Referente2.

Tabla 49. Importancia de las variables de referente teórico dentro de las dos dimensiones de agrupamiento obtenidas.

	Dimensión		
	RT1	RT2	
RT5.1AgronomíaVeterinaria	,000	,000	
RT5.1BellasArtes	,000	,000	
RT5.1Cienciasde laEducación	,002	,000	
RT5.1Cienciasde laSalud	,183	,030	
RT5.1CienciasSocialesyHumanas	,024	,005	
RT5.1EconomíaAdministraciónContaduría	,001	,000	
RT5.1IngenieríaArquitecturaUrbanismo	,750	,788	*
RT5.1MatemáticasCienciasNaturales	,005	,001	
RT5.1Especialidad	,923	,929	*
RT5.2Referente1	,959	,962	*
RT5.2Referente2	,967	,976	*
RT5.2Referente3	,960	,977	*
RT5.2Referente4	,926	,957	*

* Variables más relevantes en alguna o ambas dimensiones. A mayor coeficiente, mayor relevancia. Se han marcado con * los coeficientes superiores a ,500

6.2.5.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES

La información obtenida en las hipótesis y variables de los documentos se agrupó en dos dimensiones, en las cuales se cuantificaron las variables. La Tabla 50 muestra el buen ajuste del agrupamiento realizado.

Tabla 50. Ajuste de la agrupación realizada con las variables de las hipótesis y variables de los documentos.

Dimensión	Alfa de Cronbach	Autovalores	Inercia	% de la varianza
HV1	,929	9,001	,391	39,135
HV2	,915	8,001	,348	34,788
Total		17,002	,739	

Con este agrupamiento se observa la influencia de las variables en el estado del arte. En la Tabla 51, se observa la importancia de cada una de las variables en el mismo. En esta tabla, la dimensión HV1 y la HV2 se diferencian, en cuanto al peso de las variables, únicamente en las variables Variable independiente 3 y Otra variable, las cuales tienen un peso algo mayor en la dimensión HV1. Debido a esto, dichas dimensiones se denominarán con los nombres HV1-Variable independiente 1 y HV2-Hipótesis variables.

6.2.5.6 METODOLOGÍA

La información obtenida en la metodología de los documentos se agrupó en dos dimensiones, en las cuales se cuantificaron las variables. La Tabla 52 muestra el buen ajuste del agrupamiento realizado.

Tabla 51. Importancia de las variables de hipótesis y variables dentro de las dos dimensiones de agrupamiento obtenidas.

	Dimensión		
	HV1	HV2	
HT6.1Hipotesis1	1,000	1,000	*
HT6.1Hipotesis2	1,000	1,000	*
HT6.1Hipotesis3	,000	,428	
HT6.1Tesis1	,000	,000	
HT6.1Tesis2	,000	,000	
HT6.1Tesis3	,000	,000	
HT6.1VariableCriterio1	,000	,000	
HT6.1VariableCriterio2	,000	,000	
HT6.1VariableCriterio3	,000	,000	
HT6.1VariableDependiente1	1,000	1,000	*
HT6.1VariableDependiente2	1,000	1,000	*
HT6.1VariableDependiente3	1,000	1,000	*
HT6.1VariableDescriptiva1	,001	,000	
HT6.1VariableDescriptiva2	,000	,000	
HT6.1VariableDescriptiva3	,000	,000	
HT6.1VariableIndependiente1	1,000	1,000	*
HT6.1VariableIndependiente2	1,000	,674	*
HT6.1VariableIndependiente3	1,000	,573	*
HT6.1VariablePredictora1	,000	,000	
HT6.1VariablePredictora2	,000	,000	
HT6.1VariablePredictora3	,000	,000	
HT6.1OtraCategoria	,000	,000	
HT6.1OtraVariable	1,000	,326	*

* Variables más relevantes en alguna o ambas dimensiones. A mayor coeficiente, mayor relevancia. Se han marcado con * los coeficientes superiores a ,500

Tabla 52. Ajuste de la agrupación realizada con las variables de la metodología de los documentos.

Dimensión	Alfa de Cronbach	Autovalores	Inercia	% de la varianza
ME1	,805	3,519	,391	39,099
ME2	,787	3,328	,370	36,976
Total		6,847	,761	

Con este agrupamiento se observa la influencia de las variables en el estado del arte.

En la Tabla 53, se observa la importancia de cada una de las variables en el mismo.

Tabla 53. Importancia de las variables de metodología dentro de las dos dimensiones de agrupamiento obtenidas.

	Dimensión		
	ME1	ME2	
ME7.1PerspectivaEpistemologica1	,951	,419	*
ME7.1PerspectivaEpistemologica2	,945	,017	*
ME7.2EnfoqueMetodologico	,016	,467	
ME7.2EnfoqueMetodologicoOtro	,000	,001	
ME7.3TipodeEstudio	,019	,398	
ME7.3TipodeEstudioOtro	,955	,501	*
ME7.4Instrumentos1	,089	,587	*
ME7.4Instrumentos2	,044	,438	
ME7.4InstrumentosOtro	,501	,501	

* Variables más relevantes en alguna o ambas dimensiones. A mayor coeficiente, mayor relevancia. Se han marcado con * los coeficientes superiores a ,500

En la Tabla 53 se observa que en la dimensión ME1, resultan tener más peso las variables Perspectiva epistemológica 1, Perspectiva epistemológica 2 y Tipo de estudio-Otro. Por su parte, en la dimensión ME2 resulta con más peso la variable Instrumentos 1.

Por este motivo, la dimensión ME1 se puede denominar ME1-Perspectiva epistemológica y la dimensión ME2 como ME2- Instrumentos.

6.2.5.7 RESULTADOS

La información obtenida en los resultados de los documentos se agrupó en dos dimensiones, en las cuales se cuantificaron las variables. La Tabla 54 muestra el buen ajuste del agrupamiento realizado.

Tabla 54. Ajuste de la agrupación realizada con las variables de los resultados de los documentos.

Dimensión	Alfa de Cronbach	Autovalores	Inercia	% de la varianza
RE1	,680	2,655	,221	22,126
RE2	,632	2,379	,198	19,828
Total		5,035	,420	

Con este agrupamiento se observa la influencia de las variables en el estado del arte. En la Tabla 55, se observa la importancia de cada una de las variables en el mismo.

Tabla 55. Importancia de las variables de resultados dentro de las dos dimensiones de agrupamiento obtenidas.

	Dimensión		
	RE1	RE2	
AN8.1TipodeAnálisis	,659	,573	*
AN8.1TipodeAnálisisOtro	,294	,812	*
RE8PrioridadesPlanDecenal	,636	,035	*
RE8Enfermedad	,743	,621	*
RE8FactoresGlobalesAmbiente	,028	,000	
RE8FactoresGlobalesTrabajoSalud	,010	,000	
RE8FactoresGlobalesOtros	,084	,219	
RE8EstructurasProcesosDiversidad	,100	,070	
RE8EstructurasProcesosGenero	,028	,041	
RE8EstructurasProcesosOtros	,016	,000	
RE8SistemasServiciosEconomiadelaSalud	,005	,005	
RE8SistemasServiciosInfraestructuradeSalud	,053	,004	

* Variables más relevantes en alguna o ambas dimensiones. A mayor coeficiente, mayor relevancia. Se han marcado con * los coeficientes superiores a ,500

En la Tabla 55 se aprecia que en la dimensión RE1, resultan tener más peso las variables Tipo de análisis, Prioridades Plan Decenal y Enfermedad. Por su parte, en la dimensión RE2 resulta con más peso la variable Tipo de análisis-Otro.

Debido a esto, la dimensión RE1 se puede denominar RE1-Tipo de análisis-Prioridades del plan y la dimensión RE2 como RE2-Tipo de análisis.

6.2.5.8 DISCUSIÓN

La información obtenida en la discusión de los documentos se agrupó en dos dimensiones, en las cuales se cuantificaron las variables. La Tabla 56 muestra el buen ajuste del agrupamiento realizado.

Tabla 56. Ajuste de la agrupación realizada con las variables de la discusión de los documentos.

Dimensión	Alfa de Cronbach	Autovalores	Inercia	% de la varianza
DI1	,593	2,077	,260	25,965
DI2	,573	2,005	,251	25,058
Total		4,082	,510	

Con este agrupamiento se observa la influencia de las variables en el estado del arte. En la Tabla 57, se observa la importancia de cada una de las variables en el mismo

Tabla 57. Importancia de las variables de discusión dentro de las dos dimensiones de agrupamiento obtenidas.

	Dimensión		
	DI1	DI2	
DI9.2FactoresGlobalesAmbiente	,000	,001	
DI9.2FactoresGlobalesTrabajoSalud	,000	,002	
DI9.2FactoresGlobalesOtros	,000	,001	
DI9.2EstructurasProcesosDiversidad	,139	,004	
DI9.2EstructurasProcesosGenero	,968	,997	*
DI9.2EstructurasProcesosOtros	,968	,997	*
DI9.2SistemasServiciosEconomiade laSalud	,000	,000	
DI9.2SistemasServiciosInfraestructurade laSalud	,001	,002	

* Variables más relevantes en alguna o ambas dimensiones. A mayor coeficiente, mayor relevancia. Se han marcado con * los coeficientes superiores a ,500

En dicha Tabla 57 se muestra como las dimensiones DI1 y DI2 resultan tener pesos similares en las variables significativas por lo que se las denominara como DI1-Género 1 y DI2-Género 2, respectivamente.

6.2.5.9 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La información obtenida en las conclusiones y recomendaciones de los documentos se agrupó en dos dimensiones, en las cuales se cuantificaron las variables. La Tabla 58 muestra el buen ajuste del agrupamiento realizado.

Tabla 58. Ajuste de la agrupación realizada con las variables de las conclusiones y recomendaciones de los documentos.

Dimensión	Alfa de Cronbach	Autovalores	Inercia	% de la varianza
CR1	,900	4,000	,667	66,666
CR2	,900	4,000	,667	66,664
Total		8,000	1,333	

Con este agrupamiento se observa la influencia de las variables en el estado del arte. En la Tabla 59, se observa la importancia de cada una de las variables en el mismo.

Tabla 59. Importancia de las variables de conclusiones y recomendaciones dentro de las dos dimensiones de agrupamiento obtenidas.

	Dimensión		
	CR1	CR2	
RC10.NuevasInvestigaciones	,999	,993	*
RC10.PolíticasPublicas	,991	,944	*
RC10.Comentarios	1,000	1,000	*
RC10.Glosas	,010	,062	
RC10.AnexosApendices	1,000	1,000	*
RC10.Observaciones	,000	,000	

* Variables más relevantes en alguna o ambas dimensiones. A mayor coeficiente, mayor relevancia. Se han marcado con * los coeficientes superiores a ,500

En la Tabla 50 anterior, se observa que las dimensiones CR1 y CR2 resultan con pesos similares en las variables significativas, por lo que se las denominará como CR1-Nuevas Investigaciones-Políticas 1 y CR2-Nuevas Investigaciones-Políticas 2.

6.2.6 ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS APARTADOS GENERALES DEL INSTRUMENTO.

En este análisis se realizaron comparaciones entre los indicadores, para determinar cuál de ellos aporta más a la explicación de la evolución del estado del arte por temas y actores. En el análisis se utilizó estadística inferencial comparativa de corte transversal.

Se utilizó la prueba de Friedman para comparar los indicadores, arrojando un resultado significativo (Chi-cuadrado = 4449,238, $p = ,000$). La Tabla 60 muestra la descripción de los indicadores.

Tabla 60. Datos descriptivos de los indicadores de los diferentes apartados de los documentos.

Indicador	Media	D.T.	Mínimo	Máximo
AF1-Director-Localización-Documento	,0000	1,00034	-1,62	8,41
AF2-Financia-Palabra clave	,0000	1,00034	-37,19	1,00
TI1-Enfermedad	,0000	1,00034	-,16	38,27
TI2-Temas	,0000	1,00034	-35,36	,53
DC1-Participantes1	-,0073	1,00215	-1,05	33,42
DC2-Participantes2	-,0153	1,00787	-15,27	13,81
RT1-Especialidad-Referente1	,0000	1,00034	-,56	15,29
RT2-Especialidad-Referente2	,0000	1,00034	-14,28	15,26
HV1-Variable independiente 1	,0000	1,00034	-38,29	,06
HV2-Hipótesis variables	,0000	1,00034	-28,98	21,87
ME1-Perspectiva epistemológica	,0000	1,00034	-,69	37,21
ME2- Instrumentos	,0000	1,00034	-4,62	3,20
RE1-Tipo de análisis-Prioridades del plan	,0000	1,00034	-7,85	2,64
RE2-Tipo de análisis	,0000	1,00034	-10,13	10,77
DI1-Género 1	,0000	1,00034	-,47	37,66
DI2-Género 2	,0000	1,00034	-1,03	13,48
CR1-Nuevas Investigaciones-Políticas 1	,0000	1,00034	-14,01	11,51
CR2-Nuevas Investigaciones-Políticas 2	,0000	1,00034	-12,71	11,74

La Tabla 61 muestra la importancia para cada indicador. A mayor coeficiente mayor importancia tiene el indicador.

Tabla 61. Importancia de cada indicador.

Indicador	Rango
AF1-Director-Localización-Documento	8,45
AF2-Financia-Palabra clave	9,37
TI1-Enfermedad	8,02
TI2-Temas	12,39
DC1-Participantes1	8,24
DC2-Participantes2	9,37
RT1-Especialidad-Referente1	5,91
RT2-Especialidad-Referente2	12,70
HV1-Variable independiente 1	12,04
HV2-Hipótesis variables	9,50
ME1-Perspectiva epistemológica	8,09
ME2- Instrumentos	9,86
RE1-Tipo de análisis-Prioridades del plan	12,73
RE2-Tipo de análisis	8,56
DI1-Género 1	7,29
DI2-Género 2	5,77
CR1-Nuevas Investigaciones-Políticas 1	9,87
CR2-Nuevas Investigaciones-Políticas 2	12,85

Como se observa en la tabla, los indicadores que muestran mayor rango son los de TI2-Tema, RT2-Especialidad-Referente2, HV1-Variable independiente 1, RE1-Tipo de análisis-Prioridades del plan y CR1-Nuevas Investigaciones-Políticas 2. Hay que recordar que estos indicadores recogen variables incluidas en el instrumento de sistematización de la información y que se sintetizan en las dimensiones de los indicadores. Así, los temas, la especialidad y los referentes teóricos, ya sean disciplinares o modelos, la utilización de un

número de variables independientes, el tipo de análisis realizado o las temáticas incluidas en las prioridades del plan decenal, y las nuevas investigaciones y las políticas en salud, se muestran relevantes.

No obstante, es posible que las tendencias estén marcadas por los cambios en algunos otros indicadores.

6.2.7 ANÁLISIS DE LAS TENDENCIAS DE LOS APARTADOS GENERALES DEL INSTRUMENTO.

En este análisis se comparó la evolución de las tendencias de investigación por temas y actores, focalizándose en el grado de similitud entre las mismas. En el análisis se utilizó estadística inferencial comparativa de corte longitudinal. La Figura 3, muestra la evolución de los indicadores por año.

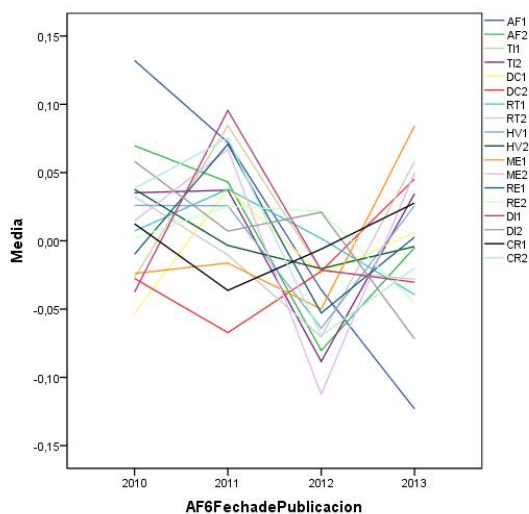


Figura 3. Tendencias en la evolución de los indicadores por año.

La Tabla 62, muestra la evolución de los indicadores y el grado de significación de la misma (Test K-W).

Tabla 62. Evolución de los indicadores.

Indicador	Fecha de publicación	N	Rango promedio	Chi-cuadrado	p
AF1-Director-Localización-Documento	2010	303	824,60	31,290	**
	2011	341	767,63		
	2012	421	719,05		
	2013	402	652,84		
AF2-Financia-Palabra clave	2010	303	830,28	31,711	**
	2011	341	773,14		
	2012	421	696,07		
	2013	402	667,95		
TI1-Enfermedad	2010	303	734,38	3,012	
	2011	341	724,07		
	2012	421	761,90		
	2013	402	712,91		
TI2-Temas	2010	303	727,10	4,956	p
	2011	341	750,44		
	2012	421	699,89		
	2013	402	760,98		
DC1-Participantes1	2010	303	690,60	5,578	
	2011	341	722,25		
	2012	421	749,23		
	2013	402	760,73		
DC2-Participantes2	2010	303	705,48	2,611	
	2011	341	730,53		
	2012	421	735,13		
	2013	402	757,25		
RT1-Especialidad-Referente1	2010	303	753,20	2,606	
	2011	341	721,40		
	2012	421	750,78		
	2013	402	712,65		
RT2-Especialidad-Referente2	2010	303	725,09	3,039	
	2011	341	743,23		
	2012	421	709,57		
	2013	402	758,47		
HV1-Variable independiente 1	2010	303	713,08	7,838	*
	2011	341	716,37		
	2012	421	782,54		
	2013	402	713,89		
HV2-Hipótesis variables	2010	303	789,64	12,041	**
	2011	341	719,85		
	2012	421	684,94		
	2013	402	755,44		
ME1-Perspectiva epistemológica	2010	303	766,81	6,079	
	2011	341	742,74		
	2012	421	693,37		
	2013	402	744,41		
ME2- Instrumentos	2010	303	742,72	4,696	
	2011	341	749,38		
	2012	421	696,67		
	2013	402	753,47		
RE1-Tipo de análisis-Prioridades del plan	2010	303	761,53	5,799	
	2011	341	763,18		
	2012	421	700,33		
	2013	402	723,76		
RE2-Tipo de análisis	2010	303	691,03	4,475	
	2011	341	756,88		
	2012	421	746,35		
	2013	402	734,05		
DI1-Género 1	2010	303	788,54	16,709	**
	2011	341	736,65		
	2012	421	676,58		
	2013	402	750,77		
DI2-Género 2	2010	303	733,27	3,412	
	2011	341	706,05		
	2012	421	757,09		
	2013	402	734,08		

Tabla 62b. Evolución de los indicadores.

Indicador	Fecha de publicación	N	Rango promedio	Chi-cuadrado	p
CR1-Nuevas Investigaciones-Políticas 1	2010	303	776,60	6,013	
	2011	341	736,91		
	2012	421	735,33		
	2013	402	698,03		
CR2-Nuevas Investigaciones-Políticas 2	2010	303	752,60	10,383	*
	2011	341	771,20		
	2012	421	679,98		
	2013	402	745,00		

Los indicadores que resultaron significativos señalan poseen la suficiente variabilidad como para provocar cambios en las tendencias de investigación. Por otra parte, cuando los rangos permanecen homogéneos, se mantienen similares las tendencias de investigación y esos indicadores poseen escasa incidencia en los cambios.

6.2.8 INTERPRETACIÓN DE LAS TENDENCIAS DE LOS APARTADOS GENERALES DEL INSTRUMENTO.

En este análisis se llevó a cabo una interpretación cuantitativa de las tendencias de investigación. Esto se realizó mediante la interpretación de los valores y coeficientes obtenidos en los análisis realizados.

En general, los documentos presentan una gran diversidad, conjugándose diferentes intereses en el momento de elegir la temática, e igualmente ocurre con los diferentes actores. En aquellos casos en los cuales el acceso al conocimiento presenta una estructura más clara se favorece la concentración, pero en numerosas ocasiones eso no ocurre así.

De este modo, los intereses son diversos y aunque existan algunas diferencias entre los documentos, se debe más, a la vista de la información obtenida, a la gran diversidad temática la cual favorece que predominen algunos temas, aunque tengan poca frecuencia, que otros. No obstante, tal como se vio en las descripciones realizadas, los aspectos relacionados con cuestiones clínicas y con la enfermedad son, en general, predominantes.

6.2.8.1 ANÁLISIS TRANSVERSAL

TEMAS

A continuación se señalan los indicadores que resultaron significativos y que generan más homogeneidad entre los diferentes documentos.

a) TI2. Tema investigado 2: Incluye Tema central 1, Tema central 2, Tema central 3, Subtema 1, Subtema 2, Subtema 3.

Las temáticas constituyen una fuente de homogeneidad en los documentos (Tabla 22), presentándose interés por cuestiones tales como cáncer, calidad de vida y calidad de los servicios básicos, como disponer de agua potable, diferentes factores de riesgo y el ambiente de trabajo, así como, en menor medida el consumo de alcohol, o cirugías específicas como la cardiovascular y analizar la prevalencia de glicemia, concentran una parte de los documentos. Dentro de las temáticas anteriores también se presentan subtemas generales la prevalencia, de nuevo factores de riesgo, o comportamientos de eventos específicos en Colombia, salud pública y calidad de vida.

Estos temas y subtemas dirigen una parte de las investigaciones, aunque la diversidad temática es muy alta, encontrándose que se favorece la convergencia en los temas y subtemas abordados, no pudiendo determinar de manera clara una fuerte tendencia en ciertos tópicos, sino que más bien la preponderancia de estos temas se debe a la diversidad existente en los otros.

Si bien, cuestiones como la calidad de vida están presentes en diferentes documentos, la misma parece encontrarse asociada a enfermedades y problemas específicos de salud. De esta forma, constituye un área de estudio complementaria asociada a enfermedad y no un tema que genere discusión con carácter propio.

b) RT2. Referentes teóricos 2: Incluye Ingeniería-Arquitectura-Urbanismo, Especialidad, Referente 1, Referente 2, Referente 3 y Referente 4.

Lo expuesto anteriormente se aprecia cuando se observan que la disciplina con abrumadora mayoría en las investigaciones realizadas (Tabla 29) es medicina, a la cual le sigue en mucha menor escala psicología, para, próxima a ésta, encontrarse enfermería, ciencias de la salud en general, odontología y salud pública. Administración también se encuentra dentro del campo de estudio de la salud, por su interés en la administración de servicios de salud y la problemática asociada a los mismos.

Las ciencias matemáticas y ciencias naturales, tales como biología, microbiología y afines, también se presentan en los documentos, posiblemente por su conexión con la medicina o bien por áreas muy específicas de la psicología, tales como la psicobiología o neuropsicología.

Las disciplinas anteriores, tienen una frecuencia elevada en los documentos; no obstante existe algún área tal como ingeniería, arquitectura y urbanismo, la cual tiene que ver con los factores de riesgo y ambientales mencionados anteriormente, al encontrarse dentro de este campo, con cierta presencia en los documentos, ingeniería civil, ambiental e industrial, con porcentajes similares. Esta área parece suscitar un interés investigativo, pero sin acabarse de consolidar, como un área de importancia dentro de las investigaciones en salud, enfermedad y calidad de vida.

La presencia de temáticas relacionadas con medicina se consolida, cuando se observan las especialidades más frecuentes, como son oncología, pediatría, epidemiología, psiquiatría o gerencia de la salud pública (Tabla 30). La investigación en salud, se orienta a disciplinas muy relacionadas con la enfermedad, como se pone de manifiesto en la Tabla 31, donde este campo tiene la mayor frecuencia de documentos, doblando al que le sigue el cual es calidad de vida y posteriormente salud. Los servicios de salud y las políticas, tiene también una cierta presencia en los documentos obtenida.

Igualmente, se aprecia que las temáticas están orientadas, en ocasiones, en función de las directrices de los organismos de salud (Tabla 31), tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), o el Ministerio de la Protección Social, lo cual sugiere la posibilidad de influir en las investigaciones realizadas, mediante estas entidades. En menor medida se observan, enfoques teóricos como directrices teóricas y conceptuales de las investigaciones. Así pues, el interés por los planteamientos, conceptos, referentes y procedimientos de las instituciones es relevante, lo que posiblemente podría utilizarse para orientar las investigaciones en salud, con una difusión adecuada.

c) HV1. Hipótesis y variables 1: Incluye Hipótesis 1, Hipótesis 2, Variable dependiente 1, Variable dependiente 2, Variable dependiente 3, Variable independiente 1, Variable independiente 2, Variable independiente 3 y Otra variable.

Las temáticas de los documentos son claramente aplicadas, ya que entre las variables que se presentan se obtiene una gran abundancia de hipótesis y variables descriptivas, independiente, dependiente, predictora y criterio, las cuales son características de los estudios aplicados (Tabla 33). Estas variables originan tendencias de investigación.

Debido precisamente a la profusión de variables, y a cierto interés por lo determinado por las instituciones, el interés por lo aplicado se consolida, en detrimento de una

investigación teórica y conceptual. Por otra parte, como se ha indicado con anterioridad, existe una tendencia a un tipo de estudio no explicativo, donde el uso del término variable independiente no se deriva de ser estudios experimentales, sino de tipo asociativo.

d) RE1. Resultados 1: Incluye Tipo de análisis, Tipo de análisis-Otro y Prioridades Plan Decenal.

La preponderancia de la investigación y temas aplicados, se observa también en la preferencia por los análisis estadísticos y matemáticos (Tabla 38), si bien existe un cierto número de investigaciones que se orientan por el análisis de contenido. Esta preferencia analítica por lo empírico, parece también dejar de lado el interés por lo teórico, favoreciendo una conceptualización poco diversa en aspectos conceptuales, pero de gran interés desde el punto de vista de la resolución de problemas de la sociedad y los individuos.

e) CR2. Conclusiones y recomendaciones 2: Incluye Nuevas investigaciones, Políticas públicas, Comentarios y Anexos-Apendices.

Otro factor relevante en la producción investigativa, es el relacionado con las conclusiones y recomendaciones. En este factor, resulta de interés que exista una incidencia de lo relacionado con las políticas públicas, debido especialmente al carácter empírico-analítico de los documentos, lo cual no parece favorecer una aproximación a dichas políticas. Esto puede deberse, también a la existencia de categorías como factor de riesgo, en los estudios realizados, pero también a un interés por el impacto de las investigaciones realizadas en la salud pública, lo que permite de nuevo poner de manifiesto la preocupación por las condiciones de salud de la población en conjunto, independientemente del estudio particular realizado.

Por otra parte, entre los documentos obtenidos, existen temáticas que parecen prevalecer y originar confluencias entre las investigaciones realizadas. Estas temáticas se describen a continuación.

a) AF1.Aspectos formales 1: Incluye Director-Asesor, Editorial, Revista, Lugar donde se encuentra, Nombre del Posgrado, Facultad-Unidad-Dependencia, Base de datos-Repositorio, Palabra clave 1, Palabra clave 2, Palabra clave 3, Palabra clave 4, Palabra clave 5, Tipo de documento.

La confluencia que establecen estas variables, está, en parte, limitada por la falta de homogeneidad de sus contenidos, ya que si bien proveen abundante información, dicha información no favorece de manera definitiva una tendencia específica. Así la preponderancia del asesor en los estudios (Tabla 6), en comparación a la existencia de un director de investigación, tiene relevancia en las investigaciones.

Igualmente la presencia de editoriales tales como Universidad del Rosario, Instituto Nacional de Salud, Universidad Nacional de Colombia, Fundación universitaria de Ciencias de la Salud o Editorial Pontificia Universidad Javeriana, al igual que revistas tales como la Revista Repertorio de Medicina y Cirugía, la Revista Biomédica, el Informe Quincenal Epidemiológico Nacional (IQEN) y la Revista Colombiana de Cancerología (Tabla 8), señalan no solo homogeneidad en las publicaciones que difunden la investigación en salud, sino también un interés por las temáticas de salud-enfermedad.

La preferencia por la localización en bibliotecas universitarias (Tabla 12), señala también una clara tendencia por la difusión en lugares de interés científico, dentro de temáticas científicas. Como se indicó anteriormente, esto señala una falta de interés de las instituciones clínicas de propiciar una acumulación ordenada del conocimiento derivado de las mismas.

Los postgrados originarios de la documentación señalan también las características de la misma. Las especializaciones médicas (Tabla 14) son las que generan una tendencia homogénea en los documentos, marcando claramente el campo con el interés por las ciencias médicas.

Si bien, en este mismo sentido, las facultades de medicina, señalan la orientación investigativa (Tabla 15), aparece, en el mismo nivel que psicología, la facultad de ingeniería, la cual ya con anterioridad manifestó un cierto interés en los estudios de salud, enfermedad y calidad de vida. Esto sugiere el interés de la disciplina por profundizar en estos campos, lo que puede potenciarse dentro de estudios orientados a tecnologías y factores ambientales.

Existe una preferencia por la difusión a través de catálogos institucionales, repositorios y revistas open access (Tabla 16); en menor medida las investigaciones se encuentran en bases de datos de publicaciones científicas. Es posible que esto sea debido al carácter de los documentos obtenidos, pero requiere una mayor reflexión sobre las formas de difusión. Esto es de especial interés, si tenemos en cuenta el carácter aplicado de la experiencia investigativa. Se requiere un diseño adecuado de la difusión.

La experiencia investigativa se dirige de nuevo a temas de interés en salud pública (Tabla 18), lo que coincide con lo expresado con anterioridad, la salud pública está presente en numerosos documentos de una forma o de otra. Otros temas son Calidad de vida, Enfermedades y Factores de riesgo; esta confluencia en la investigación señala que estos son campos preferenciales, desde luego de interés en Colombia, debido, no solo a la temática objeto de la investigación, sino a la cantidad de documentos obtenidos. Esto se ve reflejado fundamentalmente en las tesis de especialidad médica, los artículos de investigación y las tesis de maestría (Tabla 19), señalando así las tendencias del campo.

b) DC1.Delimitación contextual 1: Incluye Número de participantes, Características 1, Características 2, Institución de los participantes.

Las investigaciones, en general, propician el uso de un número elevado de participantes (Tabla 25), con preferencia por grupos mixtos de hombres y mujeres (Tabla 26) de edad adulta, teniendo el estudio como características la revisión sistemática, el cáncer, los trabajadores, el cáncer cervical, o los estudiantes de medicina, entre otros, así como el sector salud, las jornadas mañana y tarde, el tratamiento farmacológico con dipirona, el tipo de conformación de grupo de control o experimental en problemas visuales, o pacientes hospitalizados, también entre otros. En estas características se pone de nuevo de relieve la preponderancia del interés por la enfermedad, en este caso en sus aspectos más clínicos.

Las instituciones de los participantes también señalan una preferencia por temas clínicos los cuales son preponderantes en las investigaciones, así se presentan la Fundación Cardio Infantil, el Hospital de San José, el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, el Hospital Militar Central o el Hospital Universitario de la Samaritana (Tabla 27).

c) ME1: Incluye Perspectiva epistemológica 1, Perspectiva epistemológica 2, Tipo de Estudio-Otro.

Lo empírico-analítico y el positivismo son tendencias predominantes en los estudios (Tabla 34), las temáticas investigativas, reflejan un carácter aplicado. Esto se da dentro de una tipología metodológico-temática descriptiva, de estudio de caso y de estudios retrospectivos (Tabla 36). Así, otros enfoques más críticos pueden pasar desapercibidos asumiéndose una perspectiva unificada en el sector.

d) RE2: incluye Tipo de análisis, Tipo de análisis-Otro.

Los tipos de análisis de nuevo señalan la preponderancia de las temáticas aplicadas (Tabla 38). Esto ya se comentó en los apartados anteriores, si bien es necesario indicar que el tipo de análisis es algo que unifica las investigaciones en salud, mediante la preponderancia de lo estadístico-matemático.

e) DI1: Incluye Estructuras-Procesos-Genero, Estructuras-Procesos-Otros.

Estas variables relacionadas con la Agenda prioritaria en salud, señalan tendencias convergentes en las investigaciones. Se comentan más adelante, en el apartado dedicado específicamente a estas temáticas.

f) DI2: Incluye Estructuras-Procesos-Genero, Estructuras-Procesos-Otros.

Estas variables, las mismas que en el indicador anterior, relacionadas con la Agenda prioritaria en salud, señalan tendencias convergentes en las investigaciones. Se comentan más adelante, en el apartado dedicado específicamente a estas temáticas.

El resto de los apartados del instrumento, no comentados aquí, mantienen una posición intermedia en cuanto a su importancia, de manera que mientras que no señalan tendencias importantes, tampoco son factores que favorezcan la diversidad en las investigaciones.

ACTORES

Los diferentes actores no generan diferencias sustanciales entre los documentos, no figurando sus indicadores entre los más destacados, sin embargo tienden a generar convergencias. Los indicadores que generan dichas convergencias son:

a) AF1.Aspectos formales 1: Incluye Director-Asesor, Editorial, Revista, Lugar donde se encuentra, Nombre del posgrado, Facultad-Unidad-Dependencia, Base de datos-Repositorio, Palabra clave 1, Palabra clave 2, Palabra clave 3, Palabra clave 4, Palabra clave 5, Tipo de documento.

En este apartado, se incluye lo ya comentado sobre la importancia de las facultades de medicina y sus diferentes dependencias, así como sus programas de postgrados.

Otros posibles actores, tales como colaboradores y entidades financiadoras son relevantes (Tabla 8), entre estos se encuentran como colaboradores el Hospital de San José, la Fundación Salutia, el Centro de investigaciones en economía, gestión y tecnologías en salud o la Unidad administrativa especial comisión de regulación en SALUD UAE–CRES, entre otros. Igualmente como entidades financiadoras se encuentran el Hospital San José, la Universidad del Rosario, el Centro de Estudios Empresariales para la Perdurabilidad, el Instituto Nacional de Salud, o la Pontificia Universidad Javeriana, entre otros (Tabla 8).

Sin embargo, aunque su importancia pueda parecer relevante en cuanto a su frecuencia, dicha importancia queda opacada por la presencia de otros indicadores como los mencionados en los apartados anteriores. Es decir, su importancia se relativiza, cuando se ponen en interrelación con el conjunto de indicadores obtenidos.

En apartados anteriores, se ha comentado la relevancia diferencial de las editoriales y revistas como elementos diferenciadores de las tendencias en investigación, en este caso en lo referente a publicaciones (Tabla 11), lugares donde se ubican los documentos (Tabla 12), instituciones (Tabla 13) y postgrados (Tabla 14). De esta forma se constituyen como actores importantes dentro del campo.

b) DC1. Delimitación contextual 1: Incluye Número de participantes, Características 1, Características 2, Institución de los participantes.

Las instituciones clínicas y, por lo tanto, lo que influye en las características clínicas de los participantes, se constituyen en actores relevantes en las investigaciones analizadas. Como se ha comentado, la Fundación Cardio infantil, el Hospital de San José, el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, el Hospital Militar Central o el Hospital Universitario de la Samaritana, son actores relevantes en este proceso dando lugar a una tendencia clínica importante. Sin embargo, esta tendencia también deriva de la diversidad de actores presentes.

RELACIÓN CON LAS TEMÁTICAS DE SALUD, ENFERMEDAD Y CALIDAD DE VIDA EN SALUD.

La diversidad temática de las investigaciones realizadas, origina fenómenos de agrupamiento y desagrupamiento esporádicos. Los indicadores temáticos que originan diferencias entre los documentos son los siguientes:

a) TI2. Tema investigado 2: Incluye Tema central 1, Tema central 2, Tema central 3, Subtema 1, Subtema 2, Subtema 3.

Si bien los temas de salud y enfermedad resultan relevantes (Tabla 22), en general son aspectos específicos de los mismos los que se presentan en las investigaciones. Por ejemplo, el Cáncer, el Consumo de alcohol, la Enfermedad coronaria, el Cáncer de seno, la Farmacovigilancia, los Síntomas osteomusculares, la Artritis reumatoide, o el Bajo peso al nacer. La calidad de vida, por el contrario se describe como algo general, y no se suele especificar su aplicación en un tema determinado, si bien dado lo relevante de los estudios empíricos-médicos es muy posible que su utilización sea también aplicada en problemas específicos, tal como el cáncer.

Las investigaciones parecen centrarse en enfermedad y todos aquellos aspectos específicos que la rodean, tal como los factores de riesgo o la prevalencia. Este agrupamiento temático, descuida los temas de salud y calidad de vida, como conceptos que en sí mismos merecen atención y no son simplemente un acompañamiento paliativo de la enfermedad.

Las líneas de investigación (Tabla 23) no han sido un factor significativo dentro de los indicadores enumerados, siendo opacadas por otros indicadores. Sin embargo, dadas las temáticas señaladas orientadas hacia la enfermedad, el agrupamiento en las líneas de investigación, distribuidas de manera importante en salud, enfermedad y calidad de vida, señala que es posible que exista una interpretación de estos términos desde la conceptualización de salud como ausencia de enfermedad. No parece que la salud en sus diferentes manifestaciones sea tema de interés dentro de las investigaciones realizadas, sino que más bien es la salud como ausencia de enfermedad la que sigue siendo predominante.

Esto se ha comentado en relación con los referentes teóricos y conceptuales (Tabla 31), donde se manifiesta con claridad la tendencia hacia la enfermedad como tema prioritario, seguida en un 50% menos por la calidad de vida, la cual, como se ha comentado, parece entenderse como algo a tener en cuenta en la enfermedad.

Igualmente, en los términos presentes en las palabras clave, se muestran como la calidad de vida ocupa un lugar prominente junto con la salud pública y los factores de riesgo (Tabla 18), señalando la estrecha relación entre los aspectos relacionados con el enfoque biomédico en relación a la salud y la calidad de vida. De hecho, esto se manifiesta a lo largo

de los términos utilizados como palabras clave en las investigaciones, debido a la alta prevalencia de términos asociados a enfermedad.

RELACIÓN CON LA AGENDA TEMÁTICA PRIORIZADA EN CT+I PARA LA SALUD

En general, los diferentes indicadores de las temáticas de la agenda en CT+I en salud, no muestran diferencias entre los documentos; sin embargo alguno de ellos señalan una tendencia presente en los mismos. Estos indicadores son:

a) DI1 y DI2: Incluyen Estructuras-Procesos-Genero, Estructuras-Procesos-Otros.

Estos indicadores, los cuales tienen las mismas temáticas, señalan que dichas temáticas originan convergencias en las investigaciones. En la Tabla 24, se observa como las Estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de las poblaciones de Bogotá ocupa un lugar intermedio de interés, entre los Sistemas, servicios de salud y políticas en salud y los Factores globales que afectan la equidad en salud.

No obstante, esta variable, dentro de los temas tratados en las investigaciones, no resulta especialmente relevante en los indicadores de agrupamiento, al igual que tampoco en la síntesis de los resultados y su relación con la agenda temática prioritaria, en estos últimos se ponen de manifiesto diferentes fenómenos.

Así, dentro de las prioridades del plan decenal de salud pública (Tabla 39), es evidente el interés por el fenómeno de la enfermedad, especialmente por las enfermedades crónicas no transmisibles. Los factores globales que afectan la salud, tales como el ambiente, el trabajo y la salud y otros, los cuales incluyen medicamentos seguros, saneamiento básico, alimentos sanos y seguros, trabajo y salud, desarrollo urbano y modos de vida o seguridad alimentaria, ocupan un lugar de una importancia mucho menor. Incluso dentro de otros factores globales de nuevo aparece el fenómeno de la enfermedad.

En cuanto a las Estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de las poblaciones, se observa que la salud y a mucha distancia la discapacidad, ocupan un lugar de importancia, lo cual se puede entender, como de interés en la salud a través de la reducción de la enfermedad, dadas las tendencias descritas con anterioridad.

Los Sistemas, servicios y políticas de salud, ocupan también un lugar mucho menor dentro del interés por esta agenda; así y todo, los modelos de atención en salud, las tecnologías y la salud y la accesibilidad, oportunidad y calidad en los servicios de salud, están presentes en un número moderado de documentos.

6.2.8.2 ANÁLISIS LONGITUDINAL

Las tablas correspondientes a análisis longitudinal se muestran en el Anexo 3, las tablas que se mencionan a continuación se encuentran en ese anexo.

TEMAS

En el análisis de tendencias, a lo largo de los años 2010-2013 se mostraron significativamente relevantes las siguientes variables, las cuales generan diferencias a lo largo de los años entre los documentos:

a) AF1. Aspectos Formales 1: Incluye Director-Asesor, Editorial, Revista, Lugar donde se encuentra, Nombre del posgrado, Facultad-Unidad-Dependencia, Base de datos-Repositorio, Palabra clave 1, Palabra clave 2, Palabra clave 3, Palabra clave 4 y Palabra clave 5.

b) AF2. Aspectos Formales 2: Incluye Director-Asesor, País, Ciudad A, Editorial, Revista, Lugar donde se encuentra, Nombre del posgrado, Facultad-Unidad-Dependencia, Palabra clave 1, Palabra clave 2, Palabra clave 3, Palabra clave 4, Palabra clave 5 y Nivel educativo 2.

Durante los años mencionados 2010-2013, no cambian las tendencias en cuanto al rol de director/asesor con preferencia por el rol de asesor, y con claras diferencias con los otros roles. Igualmente ocurre en relación con la profusión de nombres de autores, los cuales generan diferencias debido a la falta de homogeneidad y no a la preponderancia de alguno (Tablas 1 a 3).

A lo largo de los años se incrementan las publicaciones (Tabla 4), pero este indicador pierde relevancia en comparación con el fenómeno editorial (Tabla 5), donde los lugares predominantes los obtienen el Instituto Nacional de Salud y la Universidad del Rosario, en el 2010, la Universidad del Rosario y la Universidad Nacional de Colombia en el 2011, la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud y la Universidad Nacional de Colombia en

el 2012 y la Universidad del Rosario y el Instituto Nacional de Salud, en el 2013. De este modo, parece existir una preponderancia de instituciones asociadas de manera directa a las ciencias de la salud.

Las revistas médicas ocupan un lugar principal a lo largo de los años (Tabla 13) y el lugar en que se encuentran, al igual que en el análisis transversal, es principalmente las bibliotecas de instituciones de educación superior, también a lo largo de los años (Tabla 14), señalando así, el interés por las temáticas científicas y marcando una diferencia clara con las otras publicaciones.

En el año 2010 los postgrados responsables (Tabla 16) fueron Especialidad en Epidemiología, Especialización en Anestesiología FCI y Especialización en Neonatología, mientras que en el 2011 fueron Gerencia de la Calidad en Salud, Neuropsicología Clínica y Especialización en Epidemiología. En el 2012 fueron Especialización en Epidemiología, Neuropsicología Clínica y Especialización en Gerencia de la calidad en salud y, finalmente en el 2013 fueron Especialización en Medicina Interna, Especialización en Salud Ocupacional y Especialización en Epidemiología. Esta tendencia señala un mantenimiento de las ciencias biomédicas en un lugar preferente diferencial en la investigación en las diferentes áreas.

Preferentemente, las Facultades de Medicina se mantienen a lo largo de los años (Tabla 17), en 2010 y 2011, se sostiene Enfermería, y posteriormente aparecen Ingeniería y Psicología, señalando así las mismas tendencias temáticas que en el análisis transversal. Los documentos permanecen en catálogos, repositorios y revistas de open Access a lo largo de los años (Tabla 18), señalando una preferencia por el almacenamiento institucional, con diferencia a otros tipos de almacenamientos.

Los términos de salud pública y calidad de vida (Tabla 20 a 24), aparecen sistemáticamente en los primeros lugares a lo largo de los años, en cuanto a frecuencia de documento, acompañados de numerosos términos relacionados con la enfermedad así como alusiones a poblaciones específicas como adolescentes. Debido a que estos son palabras claves y existen referencias a enfermedades específicas, se entiende que existe un interés sostenido a lo largo de los años por dichas enfermedades y por las implicaciones que tengan en relación a la salud pública y la calidad de vida.

c) HV1. Hipótesis y Variables 1: Incluye Hipótesis 1, Hipótesis 2, Variable dependiente 1, Variable dependiente 2, Variable dependiente 3, Variable independiente 1, Variable independiente 2, Variable independiente 3 y Otra variable.

d) HV2. Hipótesis y variables 2: Incluye Hipótesis 1, Hipótesis 2, VariableDependiente1, Variable dependiente 2, Variable dependiente 3, Variable independiente 1, Variable independiente 2, Variable independiente 3 y Variable independiente 3.

La discusión temática anterior se sostiene para las hipótesis (Tabla 63 a 65), las cuales a lo largo de los años muestran una preferencia por temáticas relacionadas con la enfermedad, aunque incluyen temáticas relacionadas con factores ambientales tales como el tratamiento del agua, salud ocupacional, aspectos sociodemográfico, etc. No se aprecia en el análisis, una semejanza entre las numerosas hipótesis planteadas a lo largo de los documentos, lo que sugiere una gran dispersión, aunque centrada en torno a la enfermedad y sus factores concomitantes.

No obstante, en las Tablas 66 a 68, se presentan diferentes conceptualizaciones a modo de tesis, las cuales ofrecen un abordaje más comunitario a lo largo de los años.

En relación a las variables (Tabla 69 a 71), la descripción de las mismas muestra un interés preferencial en los temas médicos en las variables criterio a lo largo de los años. En las variables dependientes (Tablas 72 a 74) aparece calidad de vida como una variable de interés preferencial en algunos años, específicamente en los años 2010 y 2012. Las variables descriptivas (Tablas 75 a 77) muestran preferencia en todos los años, seguidas de las variables clínicas. Esto último, se entiende no como un interés temático, sino como una exigencia de los estudios empíricos.

Las variables independientes y predictoras (Tablas 78 a 83), son muy dispersas y no muestran sino un agrupamiento en torno a temáticas de enfermedad, de manera preferencial.

Sin embargo, en el apartado de otras variables (Tablas 84 y 85), aparecen temáticas como acceso y equidad a los servicios de salud mental y derecho a la salud, tiempo libre o acceso a los recursos asistenciales, a lo largo de los diferentes años. Si bien la presencia de estas variables es muy reducida, se manifiesta un interés temporal por estas temáticas.

e) DI1. Discusión 1: Incluye Estructuras-Procesos-Género y Estructuras-Procesos-Otros.

Estos apartados se discutirán más adelante en lo correspondiente a la Agenda temática prioritaria.

f) CR2. Conclusiones y recomendaciones 2: Nuevas investigaciones, Políticas públicas, Comentarios y Anexos-Apendices.

Las conclusiones y recomendaciones (Tablas 117, 118, 120 y 121) generan diferencias en cuanto a la temática de los documentos. En los estudios, se recomienda realizar nuevas investigaciones en aspectos como ensayos clínicos de alta calidad metodológica, estudios de concordancia clínica, sistema de medición continua, mejorar el tamaño de muestra, etc., con una fuerte incidencia en el área clínica. Estos temas están relacionados con aspectos de enfermedad y ofrecen una gran dispersión, no obteniendo sino un conglomerado diverso que se focaliza preferentemente en la enfermedad.

Las políticas públicas sugeridas son numerosas, las que pueden ser de mayor interés se centran en temas de capacitación, modelos de salud con otras medicinas o aspectos legislativos. Sin embargo con la dispersión existente, es imposible determinar tendencias en las temáticas, salva la gran preponderancia de aspectos relacionados con la enfermedad.

Por otra parte, los indicadores que tienden a generar convergencias en las temáticas de los documentos son:

a) TI1: Incluye Tema central 1, Tema central 2, Tema central 3, Subtema 1, Subtema 2, Subtema 3, Enfermedad.

Las temáticas que generan tendencias convergentes (Tabla 29 a 34), son fundamentalmente enfermedades, pero en las que se incluye también la calidad de vida y otros aspectos de salud, por ejemplo temas como Incontinencia urinaria, Actividad Física, Calidad de Vida, Cáncer de seno, Consumo de alcohol, Ausentismo laboral, Agua, Arterias uterinas, Construcción de modelos, Ambientes de trabajo saludables, etc. Con una clara preferencia por la enfermedad en sus diferentes manifestaciones, a lo largo de los años se observa un énfasis en este tipo de estudios temáticos.

Si bien las convergencias se establecen en relación a alguna enfermedad y también a la calidad de vida, dado el énfasis en los aspectos clínicos y diagnósticos, es posible que la calidad de vida esté relacionada con los mismos.

No obstante las subtemáticas, a lo largo de los años ofrecen una perspectiva en parte diferente. En ellas, predomina también el enfoque clínico, pero con otros intereses también que se alejan del mismo, tales como análisis económicos, prevalencia o salud pública, si bien en una medida muy reducida.

b) DC2: Incluye Número de participantes, Características 1, Características 2, Institución de los participantes.

Las características de los participantes permanecen estables a lo largo de los años, con preferencia por adultos, hombres y mujeres en contextos clínicos (Tabla 38 a 42). La fundación Cardioinfantil y el Hospital de San José se reparten el protagonismo en la pertenencia de los participantes a lo largo de los años; por debajo de ellos se encuentran el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá o el Hospital Universitario de la Samaritana. El contexto clínico de esta forma es prevalente.

c) RT1: Incluye Ingeniería-Arquitectura-Urbanismo, Especialidad, Referente 1, Referente 2, Referente 3, Referente 4.

d) RT2: Incluye Ingeniería-Arquitectura-Urbanismo, Especialidad, Referente 1, Referente 2, Referente 3, Referente 4.

Las disciplinas y referentes teóricos, imponen temáticas y convergencias en el tiempo. Una disciplina que mantiene un ritmo sostenido, aunque débil y que puede aportar bastante a los nuevos procesos es Ingeniería-Arquitectura-Urbanismo (Tabla 56), la cual se mantiene a pesar de la poca producción realizada. Sostiene un ritmo constante, si bien las otras disciplinas presentan una producción muchísimo mayor.

En este sentido, las especialidades que mantienen una tendencia convergente son fundamentalmente las especialidades médicas, tales como Especialista en Epidemiología, Psiquiatría, Salud Pública, Pediatría, Especialidad en Gerencia de la calidad en salud, Neuropsicología Clínica u Oncología, entre otras. Así, el campo está marcado de nuevo por las tendencias en medicina en cuanto a salud y enfermedad.

Los referentes teóricos señalan también temas dentro de las investigaciones realizadas (Tablas 59 a 62). A lo largo de los años aparecen como referentes teóricos Calidad de vida y salud, Enfermedad, Salud (2010), Enfermedad, Calidad de vida y salud, Acupuntura (2011),

Enfermedad, Salud, Calidad de vida y salud (2012) y Enfermedad, Salud, Calidad de vida y salud (2013). Estas temáticas agrupadas, merecen una interpretación en términos de lo que se entiende por estos conceptos dentro del enfoque médico de la salud y la enfermedad, debido a la abundancia de temáticas clínicas tratadas en las investigaciones.

ACTORES

Si bien, los diferentes actores no dan lugar a efectos sustanciales, no figurando sus indicadores entre los más destacados, pueden generar alguna convergencia. Los indicadores que generan dichas convergencias son:

a) AF1 y AF2. Aspectos Formales 1: Incluye Director-Asesor, Editorial, Revista, Nombre del posgrado, Facultad-Unidad-Dependencia.

La abundancia de autores y directores/asesores o permite identificar una tendencia en los mismos y, al igual que en el análisis transversal, las entidades colaboradoras y financiadoras, no ocupan un lugar que determine convergencias o diferencias a lo largo de los años. El hospital de San José, aparece como la institución predominante colaboradora a lo largo de los años, junto con la Fundación Salutia (2011) o el Hospital Universitario de La Samaritana (Tabla 6). Igualmente ocurre con la entidad financiadora, donde se aprecia que dicho indicador no es significativo, donde los estudios son mayoritariamente autofinanciados y ocasionalmente se menciona al Hospital de San José (2011) en primer lugar.

Las editoriales, las revistas y las facultades, son los actores que marcan divergencias en cuanto a las publicaciones realizadas. Estos actores son, en cuanto a editoriales (Tabla 12), el Instituto Nacional de Salud y la Universidad del Rosario (2010), la Universidad del Rosario y la Universidad Nacional de Colombia (2011), la Fundación universitaria de Ciencias de la Salud y la Universidad Nacional de Colombia (2012), y la Universidad del Rosario y el Instituto Nacional de Salud (2013). Por su parte, las revistas de mayor preponderancia son la Revista Repertorio de Medicina y Cirugía y la Revista Biomédica, las cuales están presentes con mayor frecuencia a lo largo de los años (Tabla 13). Las facultades de medicina ocupan permanentemente el primer lugar, como actor responsable.

Por el contrario, los indicadores que tienden a generar convergencias en actores son:

b) DC2: Incluye Institución de los participantes.

Este indicador está fundamentalmente representado por instituciones clínicas, en todos los años (Tabla 43), fundamentalmente La Fundación Cardioinfantil y el Hospital de San José.

c) RT1 y TR2: Incluye Ingeniería-Arquitectura-Urbanismo, Especialidad.

Estos dos indicadores, presentan una tendencia en la permanencia del actor, pero con una reducida producción. Por su interés intrínseco en nuevas aproximaciones a la salud, no solo desde el punto de vista ambiental, se puede tener en cuenta (Tabla 56). Las especializaciones médicas se mantienen a lo largo de los años, como actores fundamentales en la producción investigativa (Tabla 58).

RELACIÓN CON LAS TEMÁTICAS DE SALUD, ENFERMEDAD Y CALIDAD DE VIDA EN SALUD

En el análisis a lo largo de los años se tienen en cuenta, como indicadores que generan tendencias divergentes, los siguientes:

a) AF1 y AF2. Aspectos Formales 1: Incluye Palabra clave 1, Palabra clave 2, Palabra clave 3, Palabra clave 4 y Palabra clave 5.

Las palabras clave de los documentos (Tablas 20 a 24) señalan con frecuencia a lo largo de los años, la temática de calidad de vida, y ocasionalmente salud pública. No se menciona, sino en contadas ocasiones, el término de salud, y sí aparecen frecuentemente términos asociados a enfermedad.

c) HV1 y HV2. Hipótesis y Variables 1: Incluye Hipótesis 1, Hipótesis 2.

En las hipótesis (Tablas 63 a 68), de nuevo se manifiesta un interés claro por las temáticas de enfermedad.

e) DI1. Discusión 1: Incluye Estructuras-Procesos-Género y Estructuras-Procesos-Otros.

Esto se tratará en el apartado dedicado a las Agenda de temáticas prioritarias.

f) CR2. Conclusiones y recomendaciones 2: Incluye Nuevas investigaciones, Políticas públicas, Comentarios y Anexos-Apendices.

Finalmente, las nuevas investigaciones sugeridas se preocupan fundamentalmente por mejorar los aspectos relacionados con la actividad biomédica investigativa.

No obstante, en la Tabla 28, se aprecia una clasificación temática en las áreas de salud, enfermedad y calidad de vida en salud, donde estos temas siguen el orden preferencial anterior, a lo largo de los cuatro años. Esto podría resultar un tanto contradictorio con el interés manifiesto por la actividad investigativa de las disciplinas médicas, las cuales se ha visto como ahondan en el tema de enfermedad; sin embargo, estos temas parecen relacionarse con el uso que se da a los mismos desde las ciencias biomédicas. De esta manera, esta clasificación, si bien refleja lo existente, eso se debe entender fundamentalmente desde la concepción médica de salud y enfermedad o calidad de vida en salud.

En la Tabla 53, correspondiente a las líneas de investigación, ocurre algo similar, ahí se manifiesta la enfermedad y la salud como líneas predominantes durante los cuatro años. Esto debe entenderse de igual manera, dada la profusión de temáticas clínicas.

Por otra parte, los indicadores que tienden a generar convergencias en las temáticas de los documentos son:

a) TI1: Incluye Tema central 1, Tema central 2, Tema central 3, Subtema 1, Subtema 2, Subtema 3, Enfermedad.

Las temáticas mencionadas en este indicador se relacionan fundamentalmente con la enfermedad, y ocasionalmente con la calidad de vida, observándose de nuevo una predominancia del tema de enfermedad.

b) DC2: Incluye Institución de los participantes.

Las instituciones de los participantes también apuntan con claridad a la relación con la enfermedad a lo largo de los diferentes años.

e) DI2: Incluye Estructuras-Procesos-Género, Estructuras-Procesos-Otros.

Este indicador se tratará a continuación, en el apartado dedicado a la agenda temática prioritaria.

De acuerdo con lo anterior, se pone de manifiesto el protagonismo de la temática de enfermedad a lo largo de los años. Si bien aparecen también en algunas de las clasificaciones

realizadas los temas de salud y calidad de vida, parecen estar muy relacionados con la concepción médica de salud y calidad de vida.

RELACIÓN CON LA AGENDA TEMÁTICA PRIORIZADA EN CT+I PARA LA SALUD

En el análisis de tendencias se mostraron significativamente relevantes las siguientes variables, las cuales generan diferencias a lo largo de los años entre los documentos:

e) DII. Discusión 1: Incluye Estructuras-Procesos-Género y Estructuras-Procesos-Otros.

En diferentes apartados se encuentra la concordancia con las temáticas prioritarias de la agenda en salud. Aunque no resulta significativo en la síntesis de resultados, este indicador presenta abundancia de enfermedades (Tabla 97 y 98), reduciendo la importancia de la calidad de vida y la salud. En cuanto a Factores Globales Ambiente (Tabla 99) se observa interés por medicamentos seguros (Todos los años). Los Factores Globales Trabajo Salud (Tabla 100) se interesan por la relación trabajo-salud y por el desarrollo, y los Factores Globales Otros (Tabla 101) se centran en calidad de vida, salud y enfermedad, pero con una incidencia reducida.

La salud y discapacidad predominan en todos los años en las Estructuras Procesos Diversidad (Tabla 102) y el género y salud y el ciclo vital en las Estructuras Procesos Género (Tabla 103). Las Estructuras Procesos Otros (Tabla 104) agrupan categorías inespecíficas de diversidad.

Los Sistemas-Servicios-Economía de la Salud (Tabla 105) se interesa en 2011, por los costos de los servicio, mientras que los modelos de atención en salud (Tabla 106) están presentes en todos los años en los Sistemas Servicios Infraestructura de Salud.

En la discusión, este indicador resulta claramente significativo señalando las diferencias existentes en los documentos. Ahí, se muestra la concordancia con las Prioridades del Plan Decenal (Tabla 107 y 108), y la diversidad de enfermedades atendidas, quedando la calidad de vida y la salud relegada a posiciones inferiores en cuanto a frecuencia. En relación con los Factores Globales Ambiente (Tabla 109) se muestra un interés en algunos años por medicamentos seguros (Todos los años) y la calidad del aire (2012 y 2013). Los Factores Globales Trabajo Salud (Tabla 110) también resultan relevantes aunque en una menor

medida, y los Factores Globales Otros (Tabla 111) se centran prioritariamente en ambiente, durante varios años, pero con una incidencia reducida.

La salud predomina en todos los años en las Estructuras Procesos Diversidad (Tabla 112) y el ciclo vital en las Estructuras Procesos Género (Tabla 113), durante 2010 y 2011. Las Estructuras Procesos Otros (Tabla 114), agrupa categorías inespecíficas de diversidad.

Los Sistemas Servicios Economía de la Salud (Tabla 115) tienen una presencia, reducida, fundamentalmente en el año 2011 en la categoría de costos de los servicios, mientras que los modelos de atención en salud (Tabla 116) predominan a lo largo de todos los años, si bien también con una frecuencia reducida, incrementada ligeramente en 2012 y 2013, en los Sistemas Servicios Infraestructura de Salud.

6.2.9 CONDICIONES QUE FAVORECEN O LIMITAN LA PUBLICACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.

En este análisis se seleccionaron aquellas variables que pueden favorecer o limitar la publicación de los estudios en salud y se determinó la importancia de las mismas, interpretando los coeficientes obtenidos en los análisis anteriormente realizados.

La selección se realizó atendiendo a las tendencias que establecen contrastes, donde las variables más relevantes señalan los cambios de tendencias. Dichos indicadores y variables son:

- a) Aspectos Formales 2: Editorial, Revista, Palabra clave 1, Palabra clave 2, Palabra clave 3, Palabra clave 4, Palabra clave 5 y Nivel educativo 2.
- b) Hipótesis y Variables 1: Incluye Hipótesis 1, Hipótesis 2, Variable dependiente 1, Variable dependiente 2, Variable dependiente 3, Variable independiente 1 y Otra variable.
- c) HV2: Incluye Hipótesis 1, Hipótesis 2, Variable dependiente 1, Variable dependiente 2, Variable dependiente 3 y Variable independiente 1.
- d) CR2: Nuevas investigaciones, Políticas públicas, Comentarios y Anexos-Apéndices.

Estas variables se pueden agrupar en dos grandes categorías, aspectos de forma y temas. Entre los aspectos formales destacan los aspectos editoriales y las revistas como elementos discriminadores en el tema de publicaciones. Sin duda ciertas editoriales tienen unos procedimientos rigurosos para la publicación que se pone de manifiesto en la permanencia como líderes editoriales a lo largo de los años (Tabla 12, Anexo 3). En cuanto a los temas, este aspecto es persistente a través de las palabras clave, hipótesis, anexos y nuevas investigaciones. En relación con esto, se pone de relieve la importancia de las temáticas de enfermedad y lo que se relaciona con la misma, si bien enmarcadas en muchas ocasiones dentro de contextos de salud y de calidad de vida.

Por otra parte, la existencia de las variables independiente y dependiente como elementos de contraste entre los años, señala la importancia de los estudios de corte empírico en las publicaciones.

6.2.10 COMENTARIOS FINALES RELACIONADOS CON LAS POLÍTICAS DE SALUD CON BASE EN LOS ANÁLISIS CUANTITATIVOS.

En las investigaciones analizadas se observa una tendencia general clínica relativamente homogénea en las investigaciones en salud en los años 2010-2013, aunque con gran diversidad temática y metodológica.

Se diría que los principios programáticos de las agendas en salud, la definición de la misma establecida por la SDS, las temáticas relativas a factores globales o lo relacionado con la diversidad poblacional, no han llegado con la suficiente intensidad (en muchas ocasiones con ninguna) al interés de las instituciones que promueven la investigación y a los investigadores. En este sentido, existe una desconexión entre ambos actores, la SDS y los investigadores; estos últimos se guían por otros intereses propios de su campo de actividad.

No solo eso, sino que, como se ha indicado, el pensamiento clínico sigue siendo predominante en el trabajo investigativo, lo que hace difícil darle el sentido real que tienen otras propuestas de salud y calidad de vida o la consideración de los determinantes sociales de la salud.

Se requiere un liderazgo más efectivo por parte de la SDS si se quiere llegar a producir cambios en la forma en la cual se entiende y de maneja la salud por las instituciones y los propios individuos, de acuerdo a su agenda. Una tarea de este estilo, no es algo que se pueda deducir directamente de los hallazgos obtenidos, ya que lo más relevante para estos temas,

es lo que menos se ha observado en las investigaciones, y eso sugiere una propuesta de trabajo mucho más amplia que la enumeración de unos principios programáticos.

La profusión de temas, actores, metodologías, referentes teóricos, estilo de publicación, etc. no es en sí mismo algo que debe preocupar en el diseño de una agenda de trabajo futura, ya que todo esto es la consecuencia de las diversas maneras en que se produce la práctica científica. El problema fundamental consiste en que no existen núcleos temáticos que aglutinen todos estos temas y actores alrededor de un interés diferente al clínico o al de la consideración de la salud desde una posición relacionada, mayoritariamente, con la disciplina biomédica. Debido a esto, los otros diferentes modelos no pueden, en general, aplicarse.

Sin duda el liderazgo mencionado de la SDS se debe producir, por el interés de la población, pero requiere un análisis detenido de la manera en la cual se debe ejercer. En la situación actual del trabajo investigativo en salud, los temas que requieren atención son aquellos relacionados con la salud, la calidad de vida y la enfermedad, desde el enfoque clínico. Aunque surgen otras temáticas, las mismas se orientan alrededor también de la asistencia en clínica. Debido a esto, si se quiere introducir otros objetivos que orienten la investigación, se requiere de una agenda de trabajo que revise en profundidad las formas en las cuales se podría producir dicho cambio.

6.3 ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS DOCUMENTOS RECOLECTADOS

6.3.1 INTRODUCCIÓN

La Capital cuenta con universidades, hospitales y clínicas, centros de atención en salud, laboratorios e institutos públicos y privados, que además de brindar servicios de salud de diferente orden, también incluyen en sus actividades la investigación y producción de conocimiento basado en evidencias sobre la salud, la enfermedad, la calidad de vida; conocimiento técnico, práctico y teórico en evaluación e intervención en estos temas.

El período entre 2010 y 2013 está marcado por una serie de transformaciones en las políticas públicas de salud para el Distrito, por tanto una evaluación de los temas y problemas investigados puede aportar al balance de la política actual, a la producción de nuevo conocimiento, la transferencia de conocimiento producido sobre temas de salud, procesos de intervención, formas de investigación y sobre la importancia de los trabajos interinstitucionales e interdisciplinarios para ampliar las explicaciones, comprensiones y estrategias de acción que se pueden implementar para tratar los problemas de mayor recurrencia en Bogotá.

En la actualidad, la ciudad de Bogotá cuenta con un sistema de servicios de salud amplio que de manera segmentada atiende la mayor parte de la población que en ella reside o que llegan de otras ciudades y regiones del territorio nacional en búsqueda de atención. Para el análisis de la producción investigativa en salud, enfermedad y calidad de vida que aportan a la Agenda Temática Priorizada en CT+I para la salud en el Distrito Capital se seleccionaron investigaciones por temas, artículos e informes de tesis producidas por las siguientes entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales (Tabla 63).

Se observa en la tabla 63 que en Bogotá existe un conjunto de programas de posgrados en Universidades e Instituciones de educación superior que a través de la investigación producen conocimiento en temas de salud, enfermedad y calidad de vida de distintas poblaciones residentes en esta ciudad.

Tabla 63a. Universidades e Instituciones de educación superior productoras de conocimiento en temas de salud, enfermedad y calidad de vida.

Universidad El Bosque	Postgrado de Pediatría
	Especialización en Salud ocupacional
	Especialización en salud familiar y comunitaria
	Especialización en medicina del dolor y cuidados paliativos
	Especialización en cirugía plástica, reconstructiva y estética
	Especialización en Medicina interna
	Especialización en Oncología clínica
	Especialización en Medicina del deporte
	Especialización en Cardiología
	Especialización en Salud ocupacional
	Gerencia de la Calidad en Salud
	Maestría en Salud Sexual y Reproductiva
	Postgrado en Cirugía General
	Especialización en salud familiar y comunitaria
	Postgrado de Odontología Pediátrica
	Postgrado de Salud Ocupacional
	Postgrado de Periodoncia y Medicina Oral
	Postgrado en Epidemiología General
	Especialización en Anestesiología y Reanimación
	Especialización en Psiquiatría infantil y del adolescente
	Especialización en Epidemiología general
	Especialización en epidemiología clínica
	Postgrado en Dermatología
	Postgrado en operatoria dental estética y materiales dentales
	Postgrado en ergonomía
	Especialización en salud familiar y comunitaria
Salud Ocupacional	
Maestría en Ciencias básicas biomédicas	
Universidad Santo Tomas	Maestría en Psicología
Universidad de San Buenaventura	Neuropsicología Clínica
Pontificia Universidad Javeriana	Especialización en Patología y Cirugía Oral
	Maestría en Psicología Clínica
	Doctorado en ciencias biológicas
	Facultad de Medicina
	Biología
	Arquitectura
	Administración
	Enfermería
Fundación Universitaria Sanitas	Facultad de Medicina
	Artroscopia y Cirugía de Rodilla
	Microbiología

Tabla 63b. Universidades e Instituciones de educación superior productoras de conocimiento en temas de salud, enfermedad y calidad de vida.

Universidad de los Andes	Maestría en Economía
	Maestría en Administración
	Maestría en ingeniería y gerencia de la construcción
	Maestría en Derecho
	Maestría en Ingeniería civil
	Maestría en Ingeniería industrial
	Maestría en Ingeniería civil área ambiental
	Maestría en Ingeniería de sistemas y computación
	Maestría en Ingeniería ambiental
	Arquitectura
Universidad Distrital Francisco José de Caldas	Maestría en ciencias de la información y las comunicaciones
	Maestría en investigación social interdisciplinaria
	Maestría en Ingeniería industrial
	Maestría en Desarrollo sustentable y gestión ambiental
	Maestría en sistemas de información
Universidad Militar Nueva Granada	Coloproctología
	Pediatría
	Patología
	Neuropediatría
	Cirugía Pediátrica
	Cirugía Gastrointestinal y Endoscopia Digestiva
	Cirugía Vascul y Angiología
	Endocrinología
	Ginecología y Obstetricia
	Hematología y Oncología Clínica
	Anestesiología
	Medicina Interna
	Medicina Física y Rehabilitación
	Medicina Interna
	Reumatología
	Nefrología
	Oftalmología
	Cirugía Oncológica
	Gastroenterología
	Radiología
	Cardiología
	Cirugía Gastrointestinal y Endoscopia Digestiva
	Ortopedia y Traumatología
	Hematología y Oncología Clínica
	Maestría en Gestión de Organizaciones
	Maestría en Educación

Tabla 63c. Universidades e Instituciones de educación superior productoras de conocimiento en temas de salud, enfermedad y calidad de vida.

Universidad Nacional de Colombia	Enfermería con énfasis en salud familiar
	Ingeniería Mecánica
	Especialización en Obstetricia y Ginecología
	Medio ambiente y desarrollo
	Neumología
	Neurología
	Ciencias Farmacéuticas
	Derecho Administrativo
	Administración en salud
	Pediatría
	Psiquiatría
	Cuidado Intensivo Pediátrico
	Medicina Interna
	Anestesiología y Reanimación
	Ortopedia y Traumatología.
	Alimentación y nutrición en promoción de la salud
	Especialización en Enfermedades Infecciosas
	Epidemiología Clínica
	Neonatología y perinatología
	Maestría en Fisiología
	Maestría en Salud Pública
	Medicina Aeroespacial
	Maestría en Medicina Alternativa con énfasis en Homeopatía
	Maestría en Neurociencias
	Maestría en Derecho
	Maestría en Farmacología
	Maestría en Antropología
	Maestría en Historia
	Maestría de Bioquímica
	Medicina Física y Rehabilitación
	Maestría en Ciencias - Salud animal
	Maestría en Salud y seguridad en el trabajo
	Maestría en Psicología con énfasis en Psicología y Sociedad
	Maestría en Ingeniería de Sistemas y Computación
	Enfermería con énfasis en cuidado para la salud cardiovascular
	Medicina Alternativa - Área Medicina Tradicional China y Acupuntura
	Medicina Alternativa con énfasis en Homeopatía
	Medicina Tradicional China y Acupuntura
	Anatomopatología Veterinaria
	Neurociencias
	Medicina Aeroespacial
Neuropediatría	
Psiquiatría	
Doctorado en Enfermería	

Tabla 63d. Universidades e Instituciones de educación superior productoras de conocimiento en temas de salud, enfermedad y calidad de vida.

Universidad Nacional de Colombia	Enfermería cardio- respiratoria
	Enfermería con Énfasis en Cuidado al Paciente Crónico
	Dermatología
Universidad Nacional de Colombia	Subespecialización en Perinatología y Neonatología
	Geriatría
	Toxicología
	Ingeniería de Transporte
	Terapia Neural
	Enfermería con énfasis en cuidado al paciente crónico
	Doctorado en Salud Pública
	Enfermería con Énfasis Gerencia en Servicios de Salud
	Salud y Seguridad en el Trabajo
	Biociencias y Derecho
	Universidad de la Sabana
Maestría en Dirección y Gestión de Instituciones Educativas	
Maestría en Educación	
Maestría en Pedagogía	
Maestría en Enfermería	
Especialización en Pediatría	
Especialización en Reumatología	
Especialización en Medicina Interna	
Especialización en Anestesiología	
Especialización en Medicina Física y Rehabilitación	
Especialización en Ginecobstetricia	
Especialización en Oftalmología	
Especialización en Radiología e Imágenes Diagnósticas	
Familia y Persona	
Especialización en Cuidado Crítico con Énfasis en Neonatos	
Especialización en Cirugía General	
Especialización en Neumología	
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud	Cardiología
	Cirugía General
	Medicina Familiar
	Cirugía y Nutrición-Dietista
	Endocrinología
	Neurología
	Pediatría
	Medicina Familiar y Comunitaria
Universidad del Rosario	Especialización en Cirugía Cardiovascular
	Especialización en Anestesia Cardiorácica
	Especialización en Anestesiología HOK
	Especialización en Cirugía General
	Especialización en Psiquiatría
	Especialización en Salud Ocupacional

Tabla 63e. Universidades e Instituciones de educación superior productoras de conocimiento en temas de salud, enfermedad y calidad de vida.

Universidad del Rosario	Especialización en Medicina Interna
	Especialización en Medicina Materno-Fetal
	Especialización en Medicina Estética y laser
	Especialización en Medicina de Emergencias
	Especialización en Medicina Crítica y Cuidado Intensivo
	Especialización en Neurología
	Especialización en Neonatología
	Especialización en Medicina Nuclear
	Especialización en Radiología
	Especialización en Otorrinolaringología
	Especialización en Oftalmología
	Especialización en Cardiología
	Especialización en Endocrinología
	Especialización en Neurocirugía
	Especialización en Cuidado Intensivo Pediátrico
	Especialización en Anestesiología FCI
	Especialización en Epidemiología
	Especialización en Urología
	Especialización en Medicina de Emergencias
	Especialización en Toxicología Clínica
	Especialización en Retina y Vítreo
	Especialización en Ginecología y Obstetricia
	Especialización en Ortopedia y Traumatología HOK
Facultad de Medicina	
Maestría en Mediación Familiar y Comunitaria	
Maestría en Ciencias con Énfasis en Genética Humana	
Universidad Católica de Colombia	Maestría en Psicología
Universidad EAN	
Fundación Universitaria Konrad Lorenz	Maestría en Psicología
Fundación Universitaria Los Libertadores	Psicología
Corporación Universitaria Iberoamericana	
Universidad de la Salle	
Escuela Colombiana de Ingeniería “Julio Garavito”	Maestría en Ingeniería civil con énfasis en recursos hidráulicos y medio ambiente
	Maestría en Ingeniería civil con énfasis en tránsito y transporte
	Maestría en Ingeniería civil con énfasis en geotecnia
	Maestría en Ingeniería civil con énfasis en recursos hidráulicos y medio ambiente

Además de las universidades e instituciones de educación superior, existen hospitales, clínicas e institutos y algunas entidades internacionales que contribuyen a la producción de conocimiento sobre la salud en Bogotá D. C. (Tabla 64).

Tabla 64. Organismos internacionales, clínicas, hospitales e institutos de investigación

Fundación Clínica Abood Shaio	Departamento de Cardiología Clínica, Servicio de Urgencias, Laboratorio Clínico
	Unidad Cuidados Coronarios
Hospital universitario Santa Fe de Bogotá	CEIS
Fundación Santa Fe de Bogotá	
Fundación Salutia	Centro de investigaciones en economía, gestión y tecnologías en salud
Hospital de San José	
Hospital Cardiovascular del niño	
Clínica de Marly	Oncología
Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular	Enfermería
	Economía
	Administración
	Medicina
Saúde em Debate	Medicina
Asociación Colombiana de Psiquiatría	
Sociedad Colombiana De Anestesiología y Reanimación	
Instituto Nacional de Cancerología	Enfermería
	Epidemiología
	Urología
	Radioterapia
	Oncología
Organización Panamericana de la Salud	
INSP México	
Instituto Nacional de Salud	
Colegio Mexicano de Anestesiología , A.C.	

Cada vez son más los programas de investigación que se desarrollan en estas instituciones u organismos que podrían aportar al desarrollo del plan decenal, del plan de salud y de la agenda de investigaciones y con ello contribuir a la calidad de vida de los habitantes de la ciudad. En la ciudad tiene un perfil epidemiológico amplio y complejo causado por variables biológicas o ambientales o por una combinación de las dos. Las enfermedades no transmisibles muestran, según los estudios consultados, una tendencia creciente, lo mismo que algunas enfermedades crónicas, los accidentes y los hábitos de riesgo para la salud como el sedentarismo y la baja actividad física, condiciones que contribuyen al surgimiento de enfermedades coronarias, diabetes o la obesidad. Son condiciones que ganan en amplitud y que por tanto rebasan la capacidad de las entidades de salud para afrontarlos.

Las investigaciones hechas desde o para producir estados del arte sobre un determinado campo de conocimiento se caracterizan por análisis hechos con modelos estadísticos y

análisis cualitativos con el propósito de contar con una explicación e interpretación amplia y profunda de los datos obtenidos de la consulta de investigaciones realizadas en el campo de interés. A continuación se presenta el análisis cualitativo de investigaciones efectuadas en el Distrito Capital por investigadores universitarios de maestría y doctorado, de institutos y de instituciones de salud, en temas como enfermedad, calidad de vida, sistemas de salud y salud, tomando en cuenta la Agenda Temática Priorizada en CT+I para la Salud, desde tres ejes fundamentales de las Prioridades en el Plan Decenal de Salud Pública: 1. Factores globales que afectan la equidad en salud. 2. Estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de las poblaciones. Y, 3. Sistemas, servicios y políticas de salud.

6.3.2 PRIORIDADES EN EL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA

Conocer el estado de la salud pública en la capital, por supuesto también la individual, posibilita identificar los perfiles epidemiológicos de morbilidad y mortalidad, especialmente en poblaciones vulnerables, atender problemas de medio ambiente, de movilidad en la ciudad o generar políticas de atención que tenga en cuenta características propias de personas y grupos, situaciones sociales como el desplazamiento forzado o la violencia cotidiana, entre otros múltiples aspectos que implica el tema de la salud y la calidad de vida en una ciudad de alta complejidad como Bogotá. Es importante tener en cuenta que el desarrollo de investigaciones sobre la calidad de vida relacionada con la salud ha permitido que se desarrollen propuestas, instrumentos generales y específicos para la evaluación e intervención problemas generales y específicos de salud individual y colectiva, tal como se observa en algunos de los estudios consultados.

Se incluyen también aspectos de la vida cotidiana que inciden en la calidad de vida de personas y poblaciones como los aspectos económicos, las preocupaciones existenciales, la salud y el funcionamiento sexual, la imagen corporal, las preocupaciones excesivas por la salud, los efectos o impactos de diagnósticos como en el caso del cáncer, la capacidad de superación de enfermedades y del tratamiento; así como el grado de satisfacción de las personas por la atención y los cuidados médicos y hospitalarios, cuando el problema así lo requiere. En otros términos, todo lo que configura la vida en la ciudad constituye un pilar de buena o deficiente calidad de vida, de buena o mala salud, de bienestar o ausencia del mismo.

Para el análisis se tomaron como referentes en la prioridad del plan decenal de salud temas como la salud sexual y reproductiva, salud oral, salud mental, enfermedades de transmisión con particular énfasis en las emergentes y reemergentes y las enfermedades crónicas no transmisibles.

Dentro de las prioridades del Plan Decenal de Salud privilegia los siguientes temas: Salud, sexual y reproductiva. Salud Oral. Salud Mental. Enfermedades Transmisibles en particular las emergentes y reemergentes. Enfermedades Crónicas No Transmisibles. A continuación se presentan los resultados en términos de aportes a la Política Pública en Salud y la investigación sobre salud para el Distrito.

De acuerdo con la agenda del Plan Decenal de Salud para el Distrito Capital, son varios los retos que se deben afrontar. En las investigaciones se hace énfasis en la problemática amplia y compleja de las enfermedades crónicas no transmisibles (Sánchez, Ballesteros & Ortiz, 2010; Sánchez, Nova & Arias, 2010; López, 2012), las enfermedades trasmisibles (Collazos, Carrasquilla, Ibáñez & López, 2010; Ruiz-Sternberg, Beltrán-Rodríguez, Latorre-Santos, 2010) la necesidad de mejorar la calidad de los sistemas de salud y de información (Moreno, 2011) los problemas de financiación del sistema de salud (Lara, 2012) e importancia de fortalecer la producción de conocimiento específico y epidemiológico (Idrovo, Fernández-Niño, Bojórquez-Chapela, Ruiz-Rodríguez, Agudelo, Pacheco, Buitrago & Nigenda, 2011) la creación de redes interinstitucionales (Pedraza, García & Muñoz, 2012) entre grupos de investigación e investigadores para lograr una transferencia de conocimiento que realmente aporte al sistema de salud y a las políticas públicas que lo orientan en el Distrito Capital. Se especifican algunas de estas prioridades en relación con la salud, sexual y reproductiva (Collazos, 2012), la *Salud Mental*.

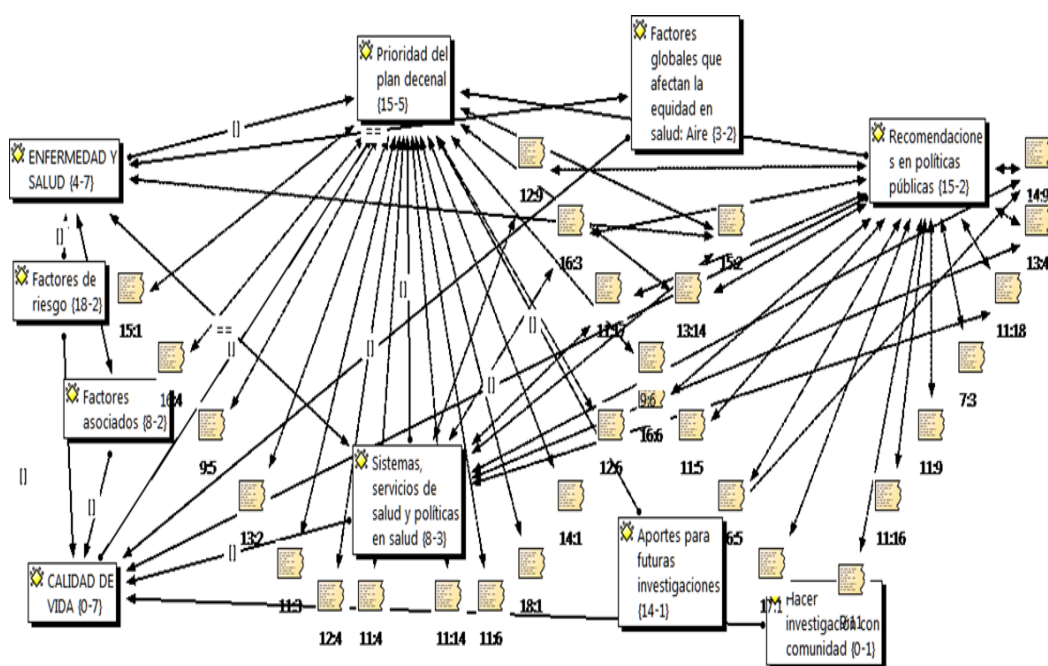


Figura 4. Prioridades del Plan decenal de salud.

Enfermedades transmisibles.

Un campo importante en las investigaciones de salud tiene que ver con temas de interés para la salud pública, por sus posibilidades de contagio; algunas de estas enfermedades son tuberculosis, la Tuberculosis Pleural, Infecciones intrahospitalarias, AH1N1, Neumococo, Toxoplasmosis Gestacional y Neonatal, Meningitis, VIH/sida. Efectivamente, algunas de las investigaciones evidencian que estas enfermedades se manifiestan en Bogotá, sobre todo en los sectores vulnerables por las condiciones de pobreza, la carencia de servicios públicos adecuados y en general por los problemas ambientales que presenta la ciudad.

Enfermedades crónicas no trasmisibles.

De acuerdo con la agenda de salud para el Distrito Capital, son varios los retos que se deben afrontar. De una parte está la problemática amplia y compleja de las enfermedades crónicas no transmisibles, las enfermedades trasmisibles, la calidad de los sistemas de salud, la financiación del sistema de salud y de la producción de conocimiento específico y epidemiológico, el mejoramiento de los sistemas de información y la creación de redes interinstitucionales, entre grupos de investigación e investigadores para lograr una

transferencia de conocimiento que realmente aporte al sistema de salud y a las políticas públicas que lo orientan en el Distrito Capital. Se especifican algunas de estas prioridades en los siguientes apartados.

De las diferentes investigaciones y publicaciones recabadas, un amplio número como se observa en el análisis estadístico se enfocan en enfermedades crónicas no transmisibles de diferente tipo. Con esta información se respalda la preocupación que se manifiesta en varios de estos estudios por el aumento de algunas de estas. Los temas que se investigan con mayor frecuencia son las enfermedades cardiovasculares, disfunción diastólica e hipertensión Arterial, insuficiencia cardíaca crónica, enfermedad coronaria, Síndrome Coronario agudo, falla cardíaca descompensada, Enfermedad varicosa de miembros inferiores disfunción diastólica e hipertensión arterial, ECV- Enfermedad Cerebro Vascular; tipos de cáncer como: cáncer de seno, Cáncer bien diferenciado de tiroides, cáncer de piel, cáncer de vesícula biliar, Cáncer de cuello uterino, Leucemia linfoblástica Aguda; Anemia Ferropénica; la diabetes, hipertensión y Diabetes Mellitus, la obesidad, síndrome metabólico; la artritis reumatoidea; enfermedades pulmonares entre ellas el EPOC-Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica, enfermedad respiratoria, tromboembolismo pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Enfermedad Coronaria; Alzheimer, Polimorfismo en Enfermedad de Alzheimer y Parkinson; Enfermedad renal crónica. Se investiga con menos frecuencia, pero no por ello menos relevantes enfermedades como el Lupus eritematoso sistémico, la Apnea Obstructiva del sueño, las Migrañas, Cefalea crónica diaria, Neutropenia febril; Glomerulonefritis membranosa, Hemofilia A, B y enfermedad de von Willebrand, Citomegalovirus, Pancreatitis aguda leve, Aniridia congénita, Inflamación idiopática de la órbita, Epilepsia.

En relación con las enfermedades crónicas como la hipertensión, obesidad, dislipidemia y diabetes, los estudios como los de Portillo (2013) se ha encontrado que el incremento de la actividad física es de una parte responsabilidad de las personas y de otra de los programas de salud pública, no sólo por la contribución positiva en la disminución de estos problemas.

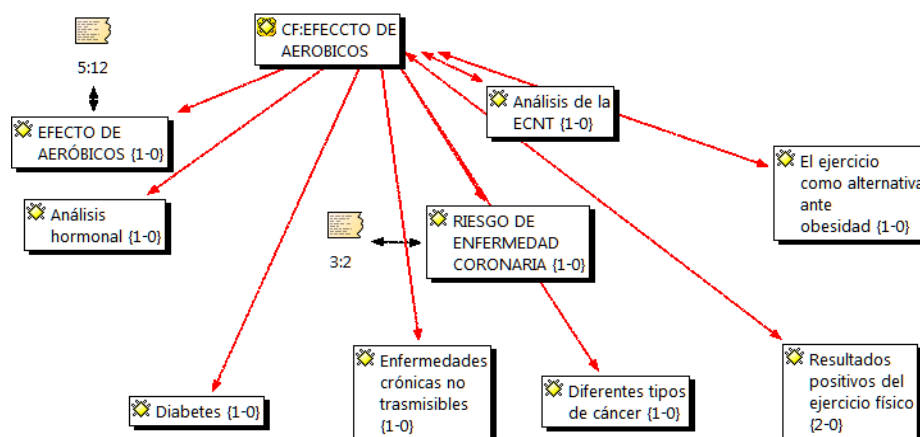


Figura 5. . Enfermedades crónicas no transmisibles.

También porque la inactividad física contribuye significativamente como factor de riesgo en su aparición, como se observa en el siguiente mapa.

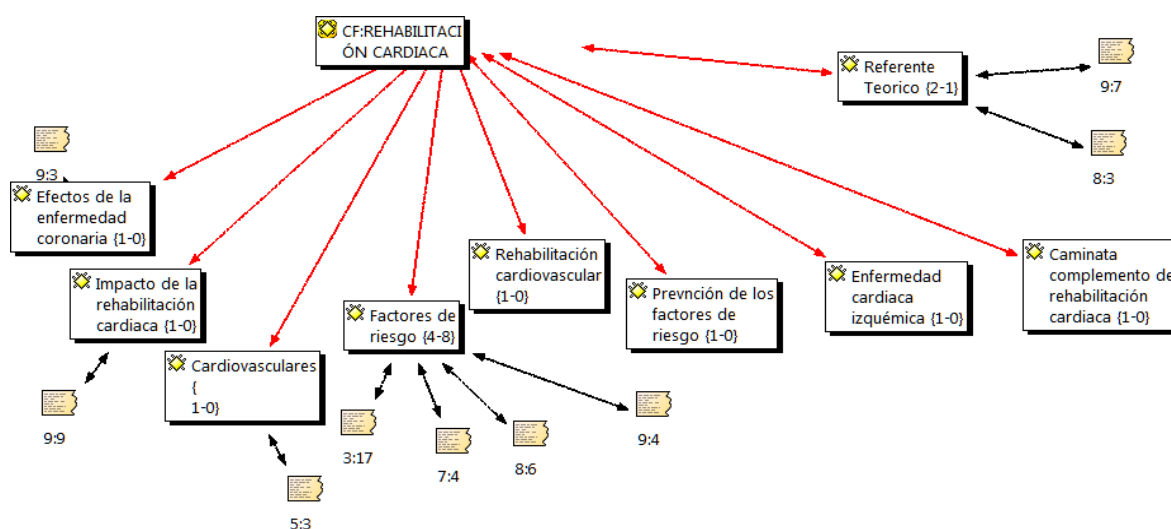


Figura 6. Enfermedades crónicas no transmisibles de tipo cardíaco.

Las enfermedades cardio-respiratorias se constituyen en un grupo de enfermedades que afectan a una parte importante de la población bogotana, ya sea por las condiciones y estilos de vida, hábitos como fumar o el consumo de alcohol, en algunos casos por factores genéticos o condiciones laborales. Son enfermedades que de acuerdo con los resultados de algunas de

las investigaciones requieren ser incluidas dentro de las políticas públicas de salud y deben ser una prioridad en el plan decenal de salud del Distrito.

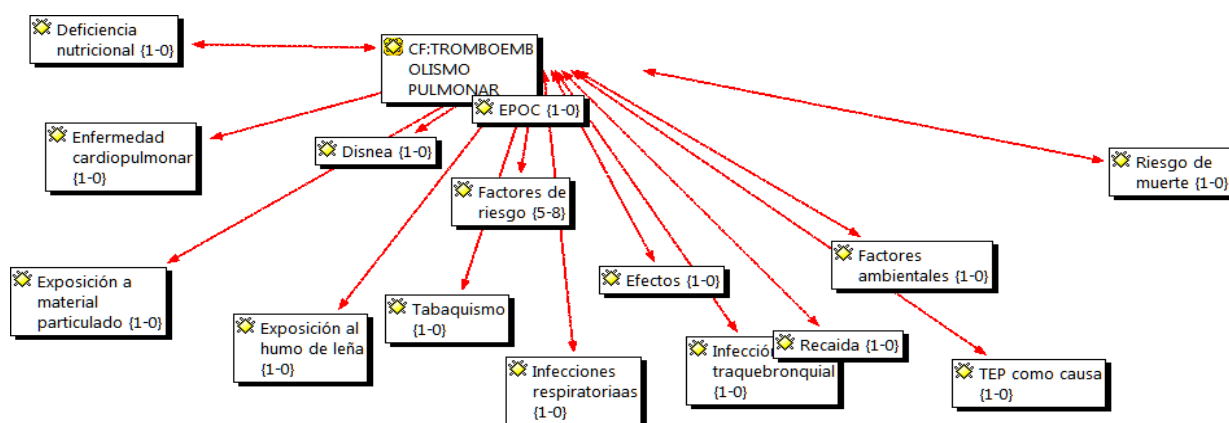


Figura 7. Factores de riesgo en enfermedades crónicas no transmisibles cardio-respiratorias.

Aunque el tema de las enfermedades crónicas se incluyen en las agendas de investigación académica, hospitalaria y de institutos de investigación que aportan a la política de salud en el Distrito Capital, aún quedan tareas pendientes en la producción y uso del conocimiento en este tema, de una parte se requieren más instrumentos que sean válidos no sólo para la población de la capital, también para la población colombiana.

Se requiere un trabajo con mayor interdisciplinariedad, de manera que la producción investigativa no quede restringida al campo de ciencias de la salud como medicina, fisioterapia o enfermería y de la psicología, más cuando se sabe hoy que estos problemas involucran variables no sólo física y de salud mental, también económicas, sociales, laborales e incluso culturales. La posibilidad de trabajo interdisciplinario entre distintos grupos de investigación y entre investigadores para efectuar análisis comparativos entre poblaciones, explicaciones más amplias sobre el tema objeto de estudio, la creación de instrumentos cada vez más finos para las evaluaciones, la generación de protocolos de intervención y seguimiento más refinados y abarcadores de las variables implicadas en el problema y para la generación de conocimiento empíricamente sustentado que pueda ser transferido a otros comunidades médicas, académicas e institucionales nacionales e internacionales. Esto contribuye a la transferencia de conocimiento, necesaria hoy en todos los campos de la vida humana.

Desde otro punto de vista, es posible que para efectos de un perfil de las enfermedades crónicas en Bogotá, se requieran estudios específicos que hagan visible las tipologías y la magnitud del problema, pues los estudios aislados no permiten tener una visión de conjunto sobre esta y otras problemáticas que afectan la salud de los residentes en la capital. Por ejemplo no hay una clara evidencia de las enfermedades crónicas en la infancia, justamente por la producción aislada de conocimiento en estos campos; la mayoría de los estudios están focalizados en población adulta.

Sería importante en las políticas públicas de salud, tanto en la evaluación, la intervención como en el seguimiento, además de tener en cuenta variables psicosociales: depresión, ansiedad, estrés y problemas emocionales y las variables propias de la enfermedad crónica en cuestión, incluir mecanismos de afrontamiento, resiliencia, optimismo y salud física y psicológica positiva.

En futuras investigaciones es importante realizar estudios y análisis comparativos que tomen en consideraciones variables de sexo, edad y características culturales, condiciones sociales y económicas, los estilos de vida y el impacto en la cobertura de la seguridad social en caso de enfermedades crónicas; a la inversa el impacto en las personas y las familias cuando la cobertura no se da, vulnerando los derechos de las personas. Es importante establecer las estadísticas de mortalidad por las deficiencias operativas del sistema de salud.

También es menester que se haga una evaluación de impacto de los programas de atención tanto médicos como psicológicos, pues investigaciones internacionales muestran que las personas adultas que han tenido un proceso de atención integral logran mayor bienestar y satisfacción consigo mismos, con su familia y con la vida; asumen mejor la enfermedad o las limitaciones derivadas de ella pues cuentan con mejores mecanismos de afrontamiento de eventos estresantes como la enfermedad y los requerimientos de adaptación a nuevos estilos de vida (Yanguas, 2006).

Es necesario desarrollar investigaciones sobre enfermedades crónicas en personas mayores de edad, pues si bien sus circunstancias de vida son diferentes a las que debe afrontar una persona en edad productiva con enfermedad crónica, también en los adultos mayores su calidad de vida se compromete y en ocasiones es más el estado emocional el que lo lleva a la muerte, más que la enfermedad en sí misma. Es relevante, entonces hacer estudios sobre la percepción de la calidad de vida en personas mayores afectadas por enfermedades crónicas.

Otro tema relevante es el de los cuidadores y las redes de apoyo social; especialmente cuando se sabe que el apoyo social percibido es fundamental para el estado emocional de las personas afectadas por algún tipo de enfermedad crónica. En la medida en que una persona con algún tipo de enfermedad crónica cuente con una red asistencial, de familiares, amigos, compañeros de trabajo o de otro tipo, pueden tener mejor posibilidad de afrontar la enfermedad y los problemas emocionales que genera.

Se requiere prestar especial atención a los factores de riesgo personales, familiares, sociales e incluso culturales. Bajo estas circunstancias es probable que se requiera mayor esfuerzo financiero, investigativo y educativo a través de las políticas públicas para que los habitantes de la capital asuman mayor corresponsabilidad con su salud y con su calidad de vida.

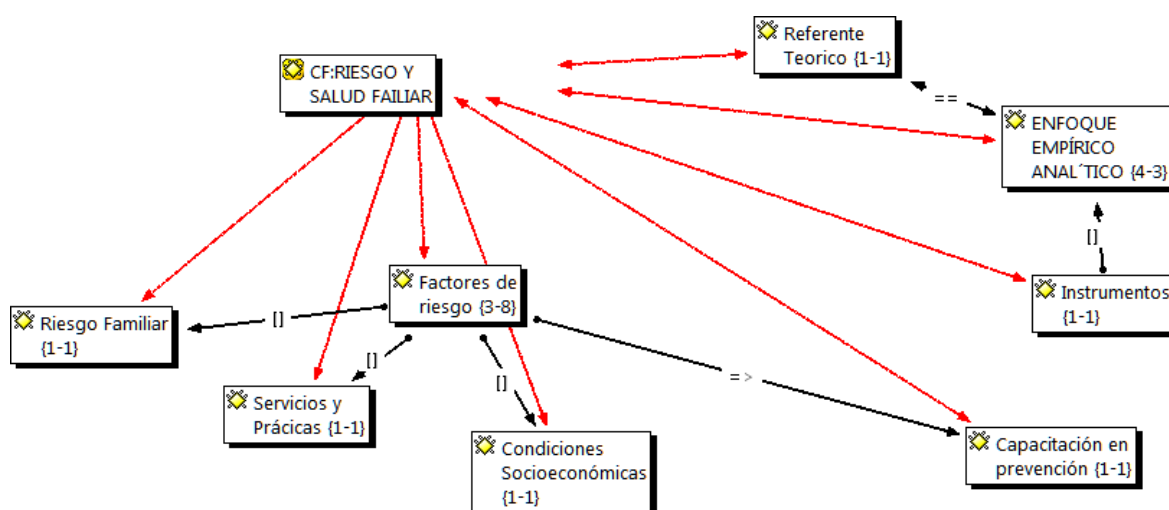


Figura 8. Variables de investigación en enfermedades crónicas no transmisibles.

Adicionalmente, por lo general el ejercicio físico tiene resultados altamente beneficios para la salud; así por ejemplo, hacer actividades físicas regularmente mejora la capacidad cardiorrespiratoria, la captación y metabolismo de la glucosa, la concentración, el patrón de sueño y el ánimo. Además disminuye el riesgo de depresión, de cáncer de diferente tipo, como el cáncer de seno, de endometrio, de colon y de pulmón.

Los resultados de investigaciones como la de Portillo, convergen con la propuesta en la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (RAFS) en la que la Organización Mundial de la Salud, reliva el papel de la comunidad médica en la

promoción de la actividad física regular y la prácticas de alimentación saludable para prevenir problemas de salud como los antes mencionados y mejora la calidad de vida. De acuerdo con los pronunciamientos de la OMS todos los médicos tiene la responsabilidad y la obligación de evaluar el nivel de actividad física de los pacientes y a su vez motivarlos al cumplimiento de las recomendaciones mínimas internacionales de actividad física; esto es 150 minutos por semana de actividad física moderada o 75 minutos por semana de actividad física vigorosa. Estas actividades se deben complementar con ejercicios de fortalecimiento muscular por lo menos dos veces por semana.

Es claro que la actividad física regular junto con hábitos nutricionales saludables es la que genera más beneficios para la salud de las personas que ninguna otra forma de intervención médica. Se incluyen en estos análisis enfermedades crónicas transmisibles La influenza como una enfermedad pulmonar obstructiva crónica, de carácter transmisible, reviste interés en las investigaciones que en salud se han hecho en Bogotá. Es una de las enfermedades infecciosa que se presenta estacionalmente con los cambios climáticos y que adquiere condiciones pandémicas por la facilidad de su contagio. Para ilustrar el problema, en Colombia en el año 2009 la OMS declaró una pandemia por el aumento de los casos de influenza tipo A, con consecuencias mortales para 239 personas. Posteriormente, por causa de este problema detectado en 2009, la preocupación se amplió con la aparición del virus A H1N1/v09, los resultados de las investigaciones muestra que es una infección fatal que probablemente no esté asociada a una enfermedad bacteriana secundaria, como se ha sugerido en estudios previos. Por tanto es uno de los problemas que, por las características ambientales de la ciudad de Bogotá, requiera mayor atención y mejores programas de prevención.

Otro tema recurrente en las investigaciones tiene que ver con los problemas cardiacos en diferentes poblaciones, interés coherente con los estudios epidemiológicos y demográficos especialmente notorio en los países en desarrollo, en los que las enfermedades crónicas como el cáncer, la diabetes y los problemas cardiovasculares están superando rápidamente las enfermedades crónicas infecciosas en términos de cifras de morbilidad y mortalidad.

Las cardiopatías, los accidentes cerebro- vasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes configuran un grupo de enfermedades que también afecta a la población colombiana. Las enfermedades cardiovasculares han recibido especial atención tanto por los factores de riesgo en particular los de hipercolesterolemia, obesidad,

inactividad física y el consumo de tabaco y alcohol (Apéndice F). De ahí la importancia es estimar la prevalencia de las enfermedades crónicas y caracterizar su magnitud y distribución en personas de diferente edad, con diferente ocupación y antecedentes familiares con respecto a estas enfermedades. Se debe priorizar y definir acciones preventivas y de manejo y control con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los trabajadores y sus familias.

También las malformaciones congénitas se incluyen dentro de las enfermedades que con frecuencia afectan a varias familias en el país. Se incluyen en los análisis variables como la edad materna, la edad de gestación, el sexo y el peso del neonato y los antecedentes de malformaciones congénitas. Anomalías de oreja son las que con mayor frecuencia se detectan. Otros problemas que se han identificado son el pie equino varo, la polidactilia y el labio leporino y paladar hendidos, con un dato importante y es que son problemas que afectan con mayor frecuencia a personas de sexo masculino. Las frecuencias en los datos encontrados a nivel nacional y en Bogotá, son similares a las del resto del mundo. Por consiguiente, se sugiere que en los procesos de intervención que brindan los equipos de salud, debe influir en el pronóstico de estas patologías, pues el manejo temprano y adecuado junto con la interdisciplinario, es muy importante para disminuir la discapacidad y mejorar la calidad de vida de las personas que hoy sufre alguna de estas anomalía y para la prevención en futuros bebés.

Existen distintas enfermedades catalogadas como crónicas, entre ellas se encuentra algunas enfermedades respiratorias como el asma, el EPOC. En relación con el asma de moderada a severa, el estudio de Barros (sf) los procesos de evaluación muestra que el ejercicio como caminas por cortos períodos de tiempo contribuyen de manera importante en la calidad de vida de pacientes afectados por este problema, adicionalmente ayuda a la disminución de la medicación, sin riesgo para los pacientes.

Atención a población infantil con cáncer.

En las investigaciones que se realizan en El Distrito Capital, el tema de la salud infantil tiene especial interés. Así, se encuentran estudios referidos a los procesos de nutrición en lactantes con alergia a la leche de vaca (APVL) a partir de metodologías empírico analíticas especialmente a través del uso de métodos descriptivos (Vera & Ramírez, 2012). Los análisis de los antecedentes son indagados, también las características perinatales. Lo anterior con el

propósito de contar con evidencias válidas que posibiliten llevar a cabo procesos de intervención que hagan viables tratamientos adecuados para la recuperación nutricional de los niños afectados con APLV.

El cáncer se constituye en uno de los temas de interés investigativo por el impacto que causa en la salud de personas de diferente edad. Se analiza la incidencia de los factores genéticos, los procesos nutricionales y las mutaciones para identificar el surgimiento de problemas neoplásicos que pueden manifestarse por generaciones como síndromes familiares, esto porque la mutación genera un espectro de enfermedad que va desde el hiperparatiroidismo familiar aislado hasta la neoplasia endocrina múltiple de tipo 1 caracterizada por neoplasias de paratiroides, hipófisis anterior, páncreas endocrino y duodeno.

Desde otra perspectiva, la salud infantil ha sido objeto de investigación respecto de las enfermedades como la leucemia linfoblástica aguda de precursores B, debido a factores genéticos que se ha demostrado presentan alteraciones genéticas que inciden en las manifestaciones de la leucemia en cuestión y en la biología del tumor. En el estudio realizado por (Quijano, Tórres & Vásquez, 2012) muestran la presencia de hiperdiploidía se asoció con mayor proliferación tumoral y con inmunofenotipos aberrantes, por tanto importante en casos de leucemia infantil, determinar el perfil de aberraciones fenotípicas en conjunto con anormalidades en la proliferación tumoral, así determinar su relación con hiperdiploidia lo que es de gran utilidad como herramienta para la clasificación y seguimiento de los pacientes. En este sentido, la principal atención se brinda al tema de la enfermedad y menos a la prevención.

Otro estudio que aporta a la explicación y comprensión del cáncer infantil es el estudio de Anzola (2011) En este estudio se plantea que la LLA es el cáncer más común en la población infantil. En este caso la atención se centró en los procesos nutricionales en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Queda establecida la hipótesis de la posible relación entre el estado nutricional de los niños y la manifestación del LLA, debido a que en el estudio no se llega a resultados determinantes. Estas y otras enfermedades como el ALTE en bebés, requieren de especial atención tanto para mejorar la atención y con ello la calidad de vida como para diseñar y ejecutar programas de prevención, como se observa en el siguiente diagrama.

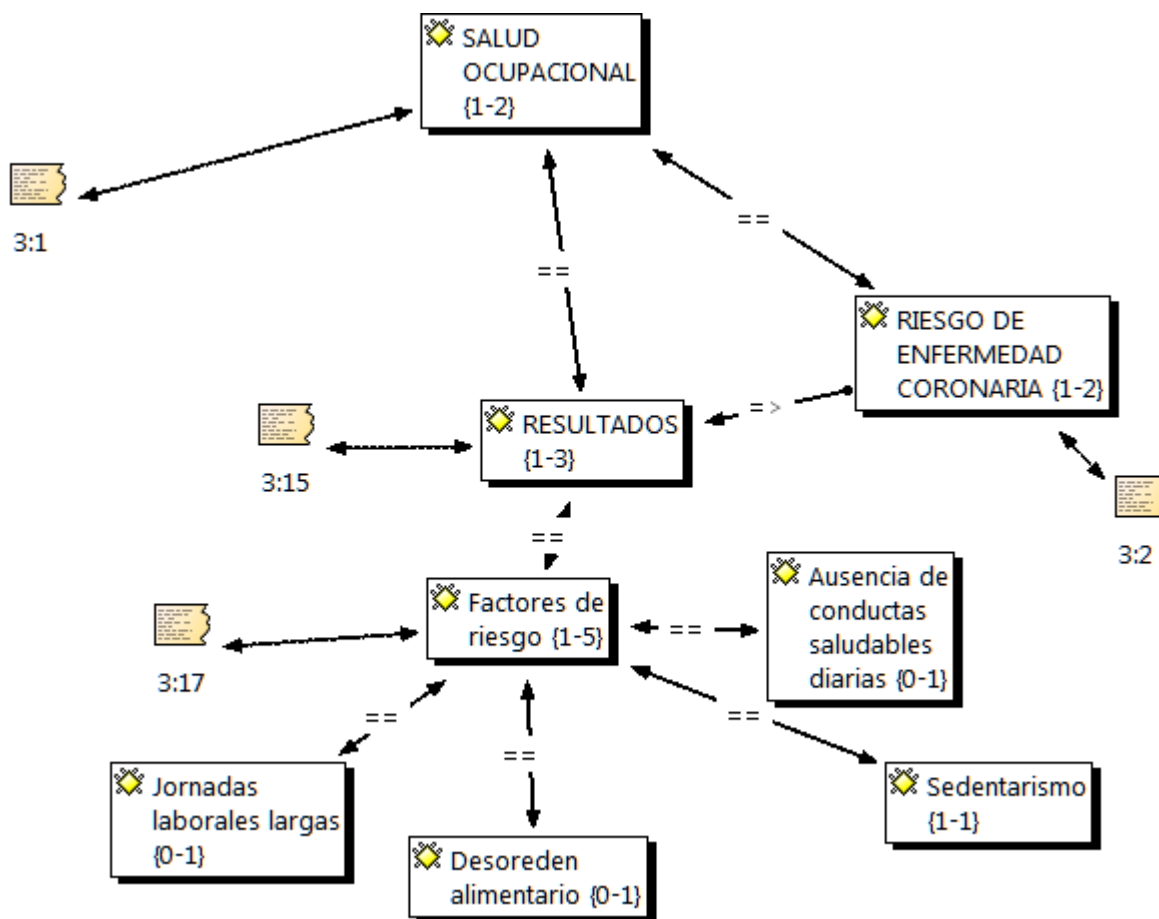


Figura 9. Enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la salud ocupacional.

Los análisis de las investigaciones muestran una fuerte tendencia hacia el tema de la salud y menos hacia la prevención y promoción de comportamientos saludables en la población Bogotana, tanto en lo individual como en lo comunitario. Por otra parte, los resultados del análisis cualitativo de las investigaciones en el Distrito Capital se muestra que aunque se genera conocimiento sobre enfermedades comunes, crónicas y de alto riesgo o sobre prácticas relacionadas con la salud y la calidad de vida, también sobre los sistemas de atención, este conocimiento es desarticulado; por tanto se requiere la generación de redes interinstitucionales ya sea entre universidades, entre institutos y entre hospitales o interinstitucionales, lo cual podría contribuir para tener un conocimiento más organizado de las problemáticas de salud que afectan a población residente en el Distrito Capital y para la generación de planes y programas de atención, prevención y promoción; máxime cuando se

observa que el interés investigativo es mayor por el tema de la enfermedad en tanto que para la promoción de la salud y la prevención, es objeto de menor investigación.

Los análisis de las investigaciones muestran una fuerte tendencia hacia el tema de la salud y menos hacia la prevención y promoción de comportamientos saludables en la población Bogotana, tanto en lo individual como en lo comunitario. Por otra parte, los resultados del análisis cualitativo de las investigaciones en el Distrito Capital se muestra que aunque se genera conocimiento sobre enfermedades comunes, crónicas y de alto riesgo o sobre prácticas relacionadas con la salud y la calidad de vida, también sobre los sistemas de atención, este conocimiento es desarticulado; por tanto se requiere la generación de redes interinstitucionales ya sea entre universidades, entre institutos y entre hospitales o interinstitucionales, lo cual podría contribuir para tener un conocimiento más organizado de las problemáticas de salud que afectan a población residente en el Distrito Capital y para la generación de planes y programas de atención, prevención y promoción; máxime cuando se observa que el interés investigativo es mayor por el tema de la enfermedad en tanto que para la promoción de la salud y la prevención, es objeto de menor investigación.

Salud sexual y reproductiva

El tema de la salud sexual y reproductiva ha sido estudiado desde distintos puntos de vista y en relación con diferentes problemáticas porque es un tema que ocupa un lugar relevante en las investigaciones que en salud se producen en el Distrito Capital. Así se encuentra que infecciones del tracto genital por *Chlamydia trachomatis*, como una de las enfermedades de mayor prevalencia en el mundo con consecuencias importantes para la salud, por ejemplo en el surgimiento de embarazo ectópico, dolor pélvico crónico e infertilidad. Se identifica especialmente en poblaciones de alto riesgo y entre mujeres asintomáticas. Una de las poblaciones afectadas corresponde a estudiantes universitarias. Las investigaciones documentales ratifican que la Clamidia es causal de embarazo ectópico e infertilidad. (Ault, et al 1998; Dutta, 2008; Low et al 2005). Problemas como el mencionado requiere una respuesta de la administración de salud del Distrito, para la promoción de la salud sexual y reproductiva, sobre todo en poblaciones estudiantiles, en quienes con frecuencia se identifican problemas importantes relacionados con la sexualidad.

Una de las investigaciones se centró en el tema de las representaciones sociales sobre la sexualidad en adolescentes con discapacidad auditiva. Los resultados obtenidos muestran

que existen diferencias en las formas como los adolescentes representan la salud sexual y la sexualidad. Por su parte los oyentes construyen las representaciones alrededor de la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el amor afectivo, mientras los adolescentes sordos usuarios de castellano lo hacen en relación a la educación, el amor afectivo y las relaciones convencionales.

Salud oral

El tema de la salud oral es investigado con menor frecuencia que las enfermedades; no obstante se investigan temas relevantes para el plan decenal de salud en Bogotá, tanto en ámbitos académicos como hospitalarios. Entre los temas que se investigan se encuentran caries dental, cirugía oral, adherencia al tratamiento, oferta de servicios de salud oral, problemas periodontales y otros problemas más como se observa en el siguiente mapa.

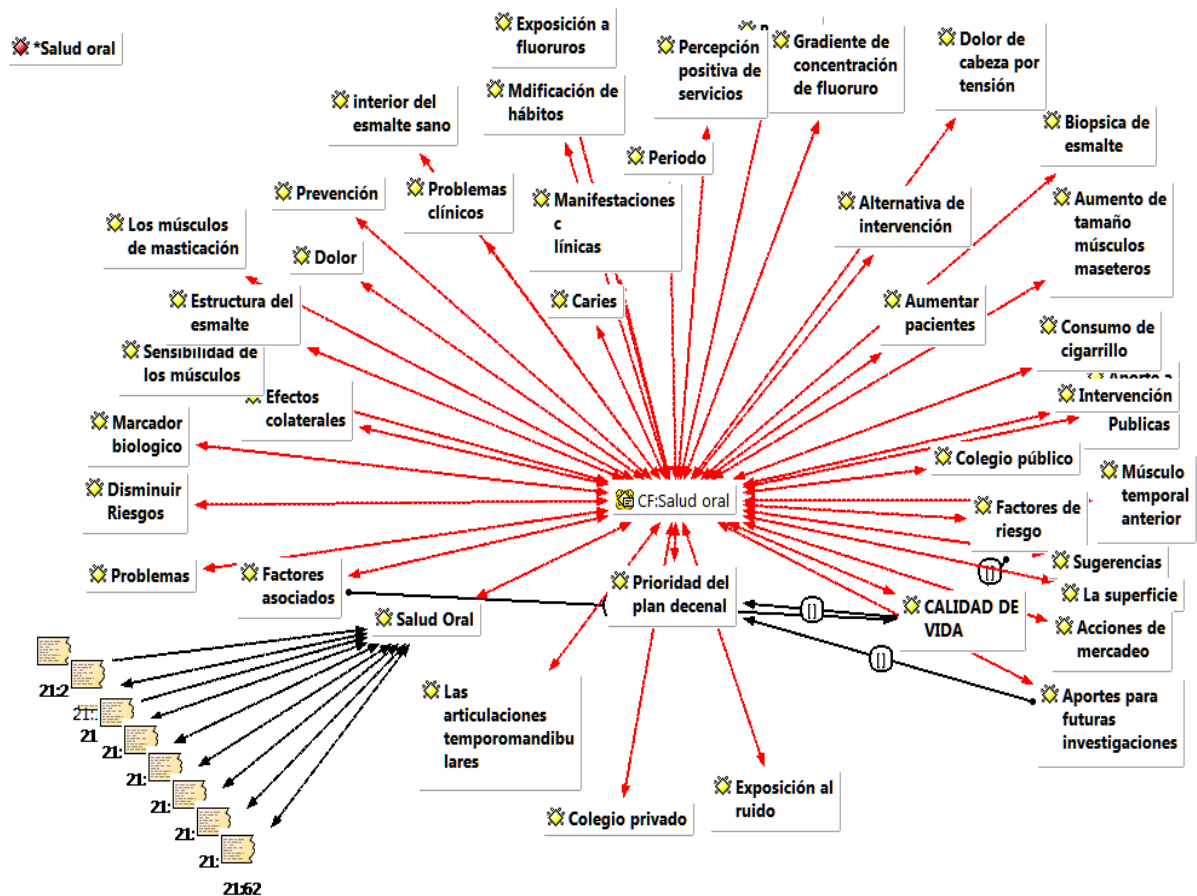


Figura 10. Salud oral y calidad de vida.

El desempeño de las labores diarias expone a los docentes a diversos factores de riesgo que pueden desencadenar diversos problemas de salud. Por tanto se ha buscado caracterizar las condiciones de salud vocal-trabajo de algunos docentes universitarios. Se concluye a partir de los resultados que un porcentaje significativo de docentes reportó exposición a ruido en su lugar de trabajo, lo que llama la atención sobre la importancia de implementar programas de promoción de la salud en los lugares de trabajo para generar ambientes laborales saludables. Aunque algunas instituciones, para implementar los programas de salud ocupacional, usan charlas y cursos como estrategias comunicativas de prevención, se encontraron conductas y hábitos de mal uso e higiene vocal en la población de docentes evaluada, a pesar de haber asistido a los mencionados eventos de carácter «preventivo», lo cual evidencia la necesidad de implementar acciones diferentes que ofrezcan alternativas efectivas de cuidado e higiene vocal.

Dada la relevancia de la labor docente, es imperativo que se reflexione y estudie a profundidad sus condiciones de trabajo. La disfonía, como una de las patologías más frecuentes en los docentes, no es la única situación de salud que afecta este grupo ocupacional, por lo que se ratifica la necesidad de articular equipos de salud y seguridad en el trabajo desde diversas disciplinas para el análisis de las condiciones de trabajo.

Desde otro punto de vista, se ha estudiado la enfermedad periodontal como un factor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares. La enfermedad puede para que se genere una reacción autoinmune, aumentando la inflamación sistémica y acelerando la progresión de placas arteroescleróticas preexistentes. Ante inflamación aumenta la concentración de proteína C-reactiva, medida por PCR-us, que está relacionada con aterosclerosis y riesgo cardiovascular. Se ha encontrado que el valor de PCR-us es significativamente mayor en pacientes con periodontitis. Existe una tendencia a hallar valores de PCR-us más elevados en pacientes edéntulos; en este sentido, se encontró mayor exposición al riesgo en los pacientes con periodontitis. Por consiguiente, la PCR-us se presentó más aumentada en los pacientes edéntulos totales y los valores de PCR-us en pacientes con periodontitis no se observaron como un factor de riesgo elevado para enfermedad cardiovascular.

Uno de los temas de interés en la salud oral es el de la adherencia a las guías de práctica clínica odontológica en madres gestantes. La mayoría de las investigaciones han hecho encuestas a los profesionales para evaluar su adherencia a las guías de práctica clínica.

En algunos estudios se evidencia un gran porcentaje de remisión proveniente del servicio de enfermería debido a que es el espacio al que más llegan mujeres gestantes y además por el conocimiento que tiene el personal de enfermería acerca de la importancia de la salud oral durante el embarazo. En uno de los estudios consultados se abordó este tema y, a partir de los resultados pudieron concluir que algunos odontólogos muestran mejor adherencia a los protocolos, sin embargo se requiere mayor motivación para que pueda ser aplicada en su totalidad.

Aportes para nuevas investigaciones.

Es de suma importancia evaluar el grado de adherencia de las Guías de Prácticas Clínicas debido a que permite conocer las debilidades y fortalezas de, para así tomar medidas y realizar posible cambios a su contenido con el objetivo de ofrecer una atención de calidad basada en la evidencia científica. La historia clínica es el instrumento que permite evaluar el grado de adherencia por parte del odontólogo y el personal de salud oral, analizando el diligenciamiento y la calidad de la historia para así establecer y conocer el nivel de adherencia a la Guía. El aislamiento absoluto para la colocación y retiro de amalgama presentó una baja adherencia, posiblemente atribuido al poco tiempo asignado para los procedimientos clínico.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el estudio, para el sistemas, servicios de salud y políticas en salud se recomienda hacer un estudio para evaluar el impacto de la aplicación de esta guía sobre el parto pre término y el bajo peso al nacer.

Otro tema de interés lo constituye el fluoruro incorporado en el esmalte dental durante el periodo preeruptivo refleja su exposición sistémica durante la amelogénesis, de manera que el esmalte opera como marcador biológico de exposición a fluoruros. En Colombia, no existen estudios en que se emplee la técnica de biopsia de esmalte, que permitiría determinar el gradiente de concentración de fluoruro por medio de la estructura del esmalte dental de dientes sanos no erupcionados. Con el empleo de HCl 0,5 M por 15, 30, 60 y 120 segundos bajo agitación constante y el uso de un electrodo de ion específico para el fluoruro y la masa de esmalte removido (gramos) se calculó tras el análisis espectrofotométrico de fósforo inorgánico en la muestra. Se encontró un gradiente de concentración de fluoruro desde la superficie hacia el interior del esmalte, siendo mayor la concentración en la superficie ($1.663,49 \pm 266,61 \mu\text{g F/g}$ de esmalte). La concentración total de fluoruro en el volumen de

esmalte removido fue de $1,02 \pm 0,25 \mu\text{g F/cm}^3$. La técnica de biopsia de esmalte fue estandarizada, de manera similar a lo reportado en la literatura científica, existe un gradiente de concentración de fluoruro desde la superficie hacia el interior del esmalte sano.

Se ha encontrado una relación entre la concentración de fluoruro en el esmalte dental y la dosis de fluoruro ingerido durante la formación dental y el periodo preeruptivo. Por sugerencia encontrada en diferentes estudios se ha sugerido que la determinación química de la profundidad de la biopsia es una técnica inexacta, pues el ácido podría penetrar a una profundidad mayor de la calculada, conllevando errores en la determinación de la concentración de fluoruro a diferentes profundidades de la superficie.

El síndrome de Burnout en odontología es otro tema que le interesa investigadores en el tema de salud en el Distrito Capital. La información mundial de eventos adversos cada vez reporta un aumento de la tendencia e incidencia de errores humanos que ocasionan daño, lesión o muerte durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado de pacientes. Se han identificado factores asociados al Síndrome de Burnout como el cansancio, estrés, falta de motivación, sobrecarga, insatisfacción laboral y negligencia, contribuyen a generar riesgo en la seguridad de los pacientes.

La odontología se ha catalogado como uno de los ejercicios profesionales más estresantes, la relación interpersonal, el ambiente de trabajo y las condiciones sociales son factores que influyen en el desempeño laboral de cada profesional, repercutiendo en el resultado de tratamientos y posibles consecuencias para el paciente, como lo es, un evento adverso, motivo por el cual es conveniente el análisis de dichas variables. Aunque los estudios de factores psicosociales en odontología son pocos, estos refieren que la odontología por su naturaleza se relaciona con altos grados de exigencia, frustración y estrés, lo que puede desencadenar incidentes o eventos adversos y disturbios psicológicos en el personal de salud.

Con el objetivo de identificar los factores humanos que pueden desencadenar un evento adverso o poner en riesgo la seguridad del paciente se llevó a cabo un estudio en un Centro de Salud Oral del régimen excepcionado de Bogotá, para lo cual se aplicaron los cuestionarios de satisfacción laboral (S10/12 de Meliá y Peiró (1998), la Escala de Somnolencia de Epworth, la Escala MBI-GS de Burnout y el cuestionario de escala de fatiga, con análisis de los puestos de trabajo a través del método RULA. Los resultados mostraron fatiga en el personal casado, síndrome de Burnout bajo, mayor sensación de logro en el personal que tiene otros trabajos, pero mayor agotamiento emocional.

En cuanto a los factores ergonómicos, se encuentra que la práctica odontológica el esfuerzo físico determinado por variables como postura, fuerza y repetitividad, pueden contribuir a que se vea comprometida la salud del odontólogo. En las pruebas ergonómicas se indica que las posturas que mantienen los odontólogos especialistas presentan efectos dañinos sobre el sistema músculo-esquelético y requieren de acciones correctivas lo antes posible. Es una profesión que se basa en tiempos y movimientos altamente repetitivos, de duración muy corta y con una ergonomía supremamente exigente, en jornadas laborales extensas en las cuales se realiza atención a una población diversa con múltiples necesidades y expectativas, que conlleva a una mecanización del profesional tratante, hasta el punto que con cierta frecuencia se generan incidentes o eventos adversos leves, los cuales muchas veces son ignorados, de manera que no hay cultura del reporte, lo que dificulta la implementación de acciones y medidas que permitan mitigar eventos de no-calidad y que atenta en forma directa la integridad del paciente durante la atención odontológica.

Teniendo en cuenta los problemas posturales y deficiencias de infraestructura. El Ministerio de Protección Social, en el 2009, elaboró la guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, la cual consta de paquetes instruccionales como “Prevenir el cansancio del personal de salud”, el cual corrobora que la presencia de eventos adversos originados por los actos inseguros y la violación de los procedimientos que el personal del equipo de salud comete debido al cansancio, estrés, falta de motivación, de atención, sobrecarga, insatisfacción laboral y negligencia, afectan la seguridad de la atención en salud a los usuarios y puede desencadenar en los profesionales el síndrome de Burnout.

Se sugiere fortalecer el área de salud ocupacional de la institución al servicio de odontología y realizar evaluaciones integrales a los profesionales del Centro de Salud Oral, realizando un diagnóstico minucioso de todos los factores ergonómicos, laborales y ambientales que puedan estar generando algún malestar en los profesionales, que no solo repercute en la salud del profesional, sino en la productividad y optimización de los recursos institucionales. Esto con el único objetivo de ofrecer a los profesionales, óptimas condiciones laborales que suelen repercutir psicológicamente, afectando su vida privada, laboral y la seguridad en la atención de los pacientes.

El tema de la caries en la infancia es uno de los problemas de salud pública mayor preocupación en distintos países. Colombia también afronta este problema, en uno de los estudios consultados para este estado del arte, se reporta que en Colombia el 60,44 % de los

niños a los cinco años tiene historia de caries. Por consiguiente, se llevó a cabo un estudio mediante encuesta a cuidadores de niños del Jardín de la Universidad Colombia, por la Facultad de Odontología de la misma Universidad, adicionalmente evaluaron 118 niños seleccionados de los 150 matriculados. Aunque los resultados en el CEO-D de los niños muestra comparativamente a los establecido por la OMS bajo nivel de caries cavitacionales, producto de mejores condiciones en la salud bucal, el problema de la caries de infancia temprana requiere un abordaje con programas basados en adquisición de hábitos saludables mediados por educación con énfasis en nutrición e higiene desde antes del nacimiento y con alianzas estratégicas con escuela saludable y empresas promotoras de salud, tanto a nivel distrital como nacional.

El tema de la calidad de vida desde las condiciones de salud de las personas, en la actualidad incluye la salud oral, la cual es evaluada mediante indicadores clínicos, a través de cuestionarios como COHQoL. El cuestionario de 29 aplicado a 168 niños con edades entre 8 y 10 años. Cerca de 50 niños perciben que sus dientes estaban de más o menos a mal; en tanto que 42 de ellos reportan que han sentido dolor en el último mes; 43 reportó sentirse preocupado acerca de lo que los otros piensan de sus dientes; 52 niñas manifiestan que han experimentado dolor dental durante el último mes y, además, reportan haber faltado al colegio por esta razón. Finalmente, en las escuelas públicas en comparación con las instituciones educativas privadas faltan más a clase por problemas dentales. Por consiguiente, la información de calidad de vida relacionada con salud oral es útil para evaluar salud oral en la población considerando el impacto psicosocial de las enfermedades orales en el bienestar general.

Otro problema de salud oral relevante en la investigación en salud en el Distrito Capital es el Trastorno temporomandibular, que incluye numerosos problemas clínicos asociados con los músculos de la masticación, las articulaciones temporomandibulares y otras estructuras asociadas. Colombia es uno de los países que menos ha investigado este problema en población infantil. Por la anterior razón se llevó a cabo un estudio con niños entre los 6 y los 13 años de edad. La muestra estuvo constituida por 50 pacientes, quienes fueron atendidos en los consultorios pediátricos dentales de pregrado en la Pontificia Universidad Javeriana, de Bogotá. Los signos y síntomas se identificaron por medio de un cuestionario y un examen clínico de los trastornos temporomandibulares. Se encontró que el 36 % de los niños tenía signos y síntomas asociados con trastornos temporomandibulares. El síntoma más frecuente

fue el dolor de cabeza por tensión; mientras que los signos fueron el aumento de tamaño de músculos maseteros y temporal anterior, y la sensibilidad de estos músculos a la palpación. Se concluye que la alta frecuencia de signos y síntomas asociados con los trastornos temporomandibulares debe tenerse en cuenta para implementar estrategias para el diagnóstico precoz y la prevención de estas enfermedades en los niños.

Con los cambios en el sistema de salud en Colombia, los costos por la venta de servicios se ha constituido en un tema de investigación. En un estudio se evalúan las acciones de mercadeo lo que se refleja en la baja captación de pacientes necesarias para que tenga solidez financiera. Se tomó una muestra de 100 pacientes a los cuales se les aplicó un instrumento seleccionado para determinar la percepción que tenían sobre la clínica y el servicio. Los resultados más representativos que arrojó el estudio muestran que en general los pacientes tienen buena percepción respecto de los servicios que ofrece la clínica. Por otra parte, existe un alto grado de insatisfacción generada por el análisis del mercado, el análisis muestra que se debe enfocar hacia tratamientos que no estén incluidos en el plan obligatorio de salud. Y en relación con el análisis del entorno, se debe innovar frente a la competencia ya que en todas las clínicas se están ofertando los mismos servicios a los pacientes. Se diseñó un plan de mercadeo con enfoque estratégico orientado a las características propia de la población y se recomendaron diferentes estrategias que ayudaran en su posterior implementación.

Se diseñó un plan de mercadeo con enfoque estratégico siguiendo los 7 pasos: Conocer comportamientos y necesidades del usuario, creación de la matriz DOFA, identificar las mejores características del servicio ofertado, seleccionar la estrategia de mercadeo más exitosa, adecuar la organización para el momento de la verdad, implementar la estrategia de marketing seleccionada y evaluación del plan de mercadeo, dirigido a la población objetivo.

Salud mental.

El tema de la salud mental también es objeto de investigación en el Distrito de Bogotá, en parte porque no muchas personas consultan, en parte porque los procesos de diagnóstico, en ocasiones no facilitan la identificación de estos problemas. En consecuencia, la atención primaria en salud constituye una puerta de entrada útil de detección de problemas de salud mental. Los problemas de salud mental más frecuentes son trastorno depresivo mayor, consumo persistente de alcohol, trastorno de ansiedad. De acuerdo con los resultados de

investigaciones como la realizada por (Castro, Escobar & Sáenz, 2011), evidencia la necesidad de diseñar programas de atención en salud mental en hospitales generales del Distrito.

Aunque con muchísima menos investigación, el tema de la salud mental es indagado en particular los problemas de depresión y los trastorno afectivo bipolar, por lo general son temas vinculados con otros procesos de salud, como se observa en el siguiente mapa. No obstante se puede hacer un ejercicio de depuración mayor que posibilite visibilizar mejor los temas de salud mental asociados a otras manifestaciones clínicas.

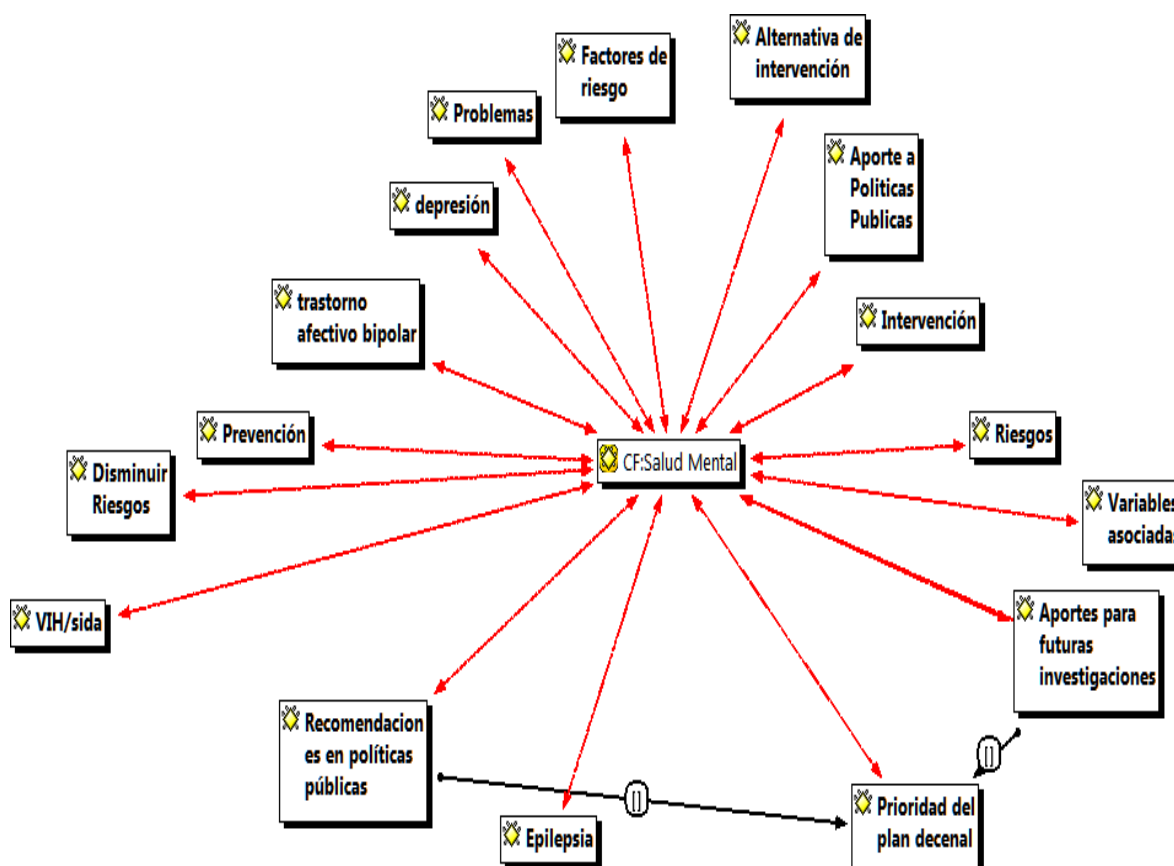


Figura 11. Aportes a las políticas públicas desde la salud mental.

El intento de suicidio (IS) y los comportamientos de autolesión no suicida (CALNS) se han descrito en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario (TCA) y se relacionan con una mayor morbilidad y peor pronóstico. Una investigación hecha con 908

pacientes hombres y mujeres, consultantes a un programa de tratamiento ambulatorio para TCA, evaluar las variables asociadas y explorar la correlación entre ambos tipos de comportamientos. Con el propósito de identificar intentos de suicidio y comportamientos de autolesión no suicida.

El antecedente de IS y CALNS fue explorado sistemáticamente en la elaboración de la historia clínica mediante preguntas estructuradas directas y corroboradas durante las entrevistas con la familia. Además, se estudiaron variables sociodemográficas y clínicas, y antecedentes de experiencias traumáticas.

Las variables asociadas con IS fueron trastorno bipolar, personalidad limítrofe, subtipo purgativo del TCA y autolesiones. Con los CALNS se encontró asociado abuso sexual, trastorno bipolar, tricotilomanía e intento de suicidio. Se puede concluir que el IS y los CALNS son frecuentes en pacientes con TCA con múltiples comorbilidades, mayor impulsividad y desregulación emocional, y deben ser explorados y tratados.

El derecho a la salud mental, para personas enfermas mentales privados de la libertad fue objeto de investigación, particularmente a personas privadas de la libertad que padecen de enfermedades mentales. A través del estudio se observó que dentro de las lecturas realizadas a determinar los elementos de la crisis carcelaria, los análisis realizados por y para organismos internacionales “invisibilizan” el tema de los enfermos mentales como población reclusa sujeta a atentados en sus derechos, al tiempo que se desconoce los avances que desde la década de los 80 se vienen realizando en relación con el derecho a la salud mental. Esta invisibilización sugiere que el problema de la salud mental en América explicado en el numeral 1.3.1.2 aún no ha adquirido relevancia política para organismos como la ONU y el Comité Interamericano de Derechos Humanos.

Aportes para futuras investigaciones.

Para protección de los enfermos mentales, en los centros carcelarios con pabellones psiquiátricos, se debe seguir la recomendación de la Defensoría del pueblo (Defensoría del Pueblo, 2010) relacionada con el mantenimiento (condicionado a su mejoramiento físico y humano y su carácter médico provisional) de los anexos psiquiátricos establecidos por el artículo 24 Código Penitenciario y Carcelario, y haciendo caso omiso a su desmonte, planteado en ese mismo artículo, en tanto el Estado no ha cumplido con el traslado total de los reclusos al Sistema General de Salud.

El tema de la guerra en Colombia ha propiciado reflexiones sobre la relación salud mental - conflicto armado en pueblos indígenas en situación de desplazamiento en Bogotá. Se encontró en una de las investigaciones consultadas que en la actualidad, las políticas y la oferta de servicios en salud mental para los pueblos indígenas en situación de desplazamiento están trazadas por la mirada hegemónica occidental de salud mental vista como ausencia de la enfermedad mental, de la práctica unidireccional de intervención, y de políticas que no tienen en cuenta la realidad del indígena y sus colectividades. La particularidad de lo indígena se excluye y se pierde dentro de la norma, afectando directamente la calidad de vida de la población.

Las construcciones en salud mental de las poblaciones indígenas son fundamentalmente diferentes de las formas no-indígenas que se estructuran en los países desarrollados. De esta forma, la atención a los pueblos indígenas desde una perspectiva occidental puede ser, en algunos casos, una forma de perpetuar la opresión, desconociendo características situacionales e identitarias de las poblaciones. La identidad es un requisito previo necesario para la salud mental. Los altos niveles de estrés emocional, depresión, ansiedad, abuso de sustancias y suicidio en poblaciones indígenas, están estrechamente relacionados con cuestiones de la identidad individual y los autores.

A partir del estudio se propone una comprensión en salud mental que se aleja del signo esencialista impuesto por el diagnóstico y de posturas lineales para la intervención, y se acerca a la diversidad inherente y llena de matices de las realidades y significados construidos por las colectividades indígenas, que son complejas, históricas, culturales y políticas. “La salud mental, más que un estado individual, constituye una dimensión de las relaciones entre las personas y grupos. La salud mental no reside tanto en el funcionamiento abstracto de un organismo individual sino en el carácter de las relaciones sociales donde se asientan, construyen y desarrollan las vidas de cada persona.

Al respecto dicen los autores del estudio que en Colombia las condiciones de vida son precarias para muchas personas tanto en Bogotá como en otros contextos del país. De hecho retoman las ideas de algunos autores que han trabajado los desencadenantes sociales del capitalismo y la globalización señalan cómo las actuales condiciones de vida (el capitalismo, la globalización, la guerra, entre otras) han causado el deterioro en la construcción de vida del sujeto.

En los hallazgos previos de los autores del estudio, encuentran que existen investigaciones sobre salud mental que sugieren que las personas que viven un estilo de vida moderno en las sociedades contemporáneas pagan un precio psicológico en términos de ansiedad y estrés. Estos síntomas surgen como respuesta al mundo capitalista contemporáneo, caracterizado por diversidad de conflictos individuales y colectivos, donde las ansias de poder llevan al desconocimiento del otro, donde impera el nerviosismo y una permanente crisis de identidad. Se identifica el mundo actual como individualista, narcisista (del individuo en relación consigo mismo y con el mundo). De esta manera, se señala el estilo de vida de la sociedad contemporánea como factor desencadenante de enfermedades mentales a través del desenraizamiento, una discontinuidad cultural generada por el mundo globalizado y siempre competitivo que nos hace desear lo que no tenemos.

Ratifican los autores del estudio que la salud mental implica el Ser como una totalidad; es decir, un ser biológico, político, social, cultural, histórico, etc., constituido. También implica los contextos donde se desenvuelve el sujeto, las relaciones, las emociones, la seguridad, la economía, la vida cotidiana, la historia como sujeto, la integralidad.

Sugieren los autores de la investigación que como punto de partida de la investigación cultural, se requiere que el trastorno mental sea comprendido en el ámbito de la vida social cotidiana y no en el escáner cerebral o la clínica. En la actualidad se reconoce que la vida cotidiana y los escenarios en los que se desenvuelven los sujetos, marcan la salud mental, la construcción del ser, las relaciones, la capacidad de actuar, narrar e interactuar con el otro y con lo social. A juicio de los autores de este estudio, son muchos de los sujetos, hoy, se encuentran incompletos y alienados, y la construcción socio-histórica está marcada por la carencia, la falta de oportunidades, de comida, de vivienda, de estudio, de familia, de afectos. De esta forma, el proyecto de investigación se desarrolla desde una perspectiva de salud mental que debe verse, entenderse y ser intervenida como parte de la vida colectiva de los indígenas y no como un evento externo de la historia de ese sujeto. La salud mental es un elemento de la vida, es una construcción social cambiante, donde estamos inmersos todos con nuestros aconteceres.

En este sentido, se propone una comprensión de la salud mental que retorne al sujeto y su acontecer cotidiano, retomando las condiciones sociales, históricas, económicas y culturales; vislumbrando las relaciones, las conexiones y los aconteceres; trascendiendo al individuo, las explicaciones lineales, las rotulaciones y los diagnósticos; fomentando las

voces de los colectivos. El conflicto armado será comprendido como una forma de violencia política, entendida ésta como: “aquella ejercida como medio de lucha política social con el fin de mantener, modificar, substituir o destruir un modelo de Estado o de sociedad, o también, para destruir o reprimir a un grupo humano por su afinidad social, política, gremial, racial, ideológica o cultural, esté o no organizado. Esta violencia se expresa, en una sociedad como la colombiana, a través de violaciones de los derechos humanos, infracciones graves al derecho internacional humanitario, acciones bélicas y violencia política - social”

Desde su aparición, el VIH ha sido considerado como un campo fértil de investigación dada sus amplias y numerosas implicaciones. A partir del análisis de dos casos clínicos de hombres homosexuales con VIH y de un grupo de apoyo para pacientes que conviven con dicha condición, se exploran las implicaciones que éste diagnóstico presenta para el psiquismo desde una perspectiva psicoanalítica, la cual, permitió dar cuenta sobre la estructura, funcionamiento mental y relaciones objetales con respecto a los dos casos mencionados, y sobre la configuración y proceso psíquico grupal presente en el grupo de apoyo, así como el impacto de estos fenómenos sobre la función terapéutica.

En el análisis de los datos se vio cómo para los participantes las consecuencias del diagnóstico fueron diferentes. Para uno de ellos, luego de un grave cuadro de salud, el VIH representó una nueva oportunidad de vida, la oportunidad para salir de la díada padre-madre, para reafirmarse y diferenciarse. Para el segundo participante vivir con VIH ha sido una experiencia paradójica porque según esta experiencia le implica ser “como un jarrón chino que se rompe, aunque se le peguen las partes quedan las fisuras y se pierde su valor”.

Los autores del estudio La razón por la que para algunos el diagnóstico termina representando una oportunidad, mientras que para otros es sentido como un daño permanente, parece depender de las cualidades de los objetos internos y los consecuentes recursos adquiridos, a partir de su introyección para afrontar la posición depresiva. Los participantes comportan relaciones con las figuras significativas sumamente distantes. Mientras que el primero fue totalmente excluido de la díada parental y de la mente de la madre, el segundo considera que fue sobre incluido en la díada, trayendo esto consecuencias también diferentes.

6.3.3 FACTORES GLOBALES QUE AFECTAN LA EQUIDAD EN SALUD.

La revisión de las investigaciones y artículos que evidencian la producción de conocimiento en los temas de salud, enfermedad y calidad de vida en el Distrito Capital,

permite identificar temas y problemas que afectan globalmente a la población bogotana en relación con el medio ambiente (Giraldo, 2011; Mantilla, Ramírez & Rojas, 2010; Muñoz, Vargas, Otero & Díaz, 2011; Céspedes, 2013), trabajo (Amaya, 2010; Riveros, 2010; Perdomo, 2011; Sevillado & Cabarcas, 2012; Vargas, 2012; Vargas, 2012; Pereira, 2013), emergencias y desastres; aspectos que se consideran fundamentales para el desarrollo de las políticas públicas en salud para Bogotá (Gómez, 2014).

Se reconoce en distintas investigaciones que existe una producción importante que contribuye a la explicación de problemas específicos relevantes, pero es importante desarrollar investigaciones con mayor impacto territorial (Bello, Rodríguez, Paredes, Mendivelso, Walteros, Rodríguez & Realpe, 2012) como los estudios epidemiológicos. Por otra parte, se requiere contar con recursos económicos que permitan el desarrollo de proyectos de investigación interinstitucionales (Pedraza, García & Muñoz, 2012) que contribuyan al mejoramiento de la salud y la calidad de vida de la población residente en Bogotá (Estévez, 2010).

La revisión de las investigaciones y artículos que evidencian la producción de conocimiento en los temas de salud, enfermedad y calidad de vida en el Distrito Capital, permite, aunque no se diga directamente, identificar temas y problemas que afectan que afectan globalmente a la población bogotana en relación con el medio ambiente, trabajo, emergencias y desastres; aspectos que se consideran fundamentales para el desarrollo de las políticas públicas en salud para Bogotá, como se muestra en el siguiente mapa.

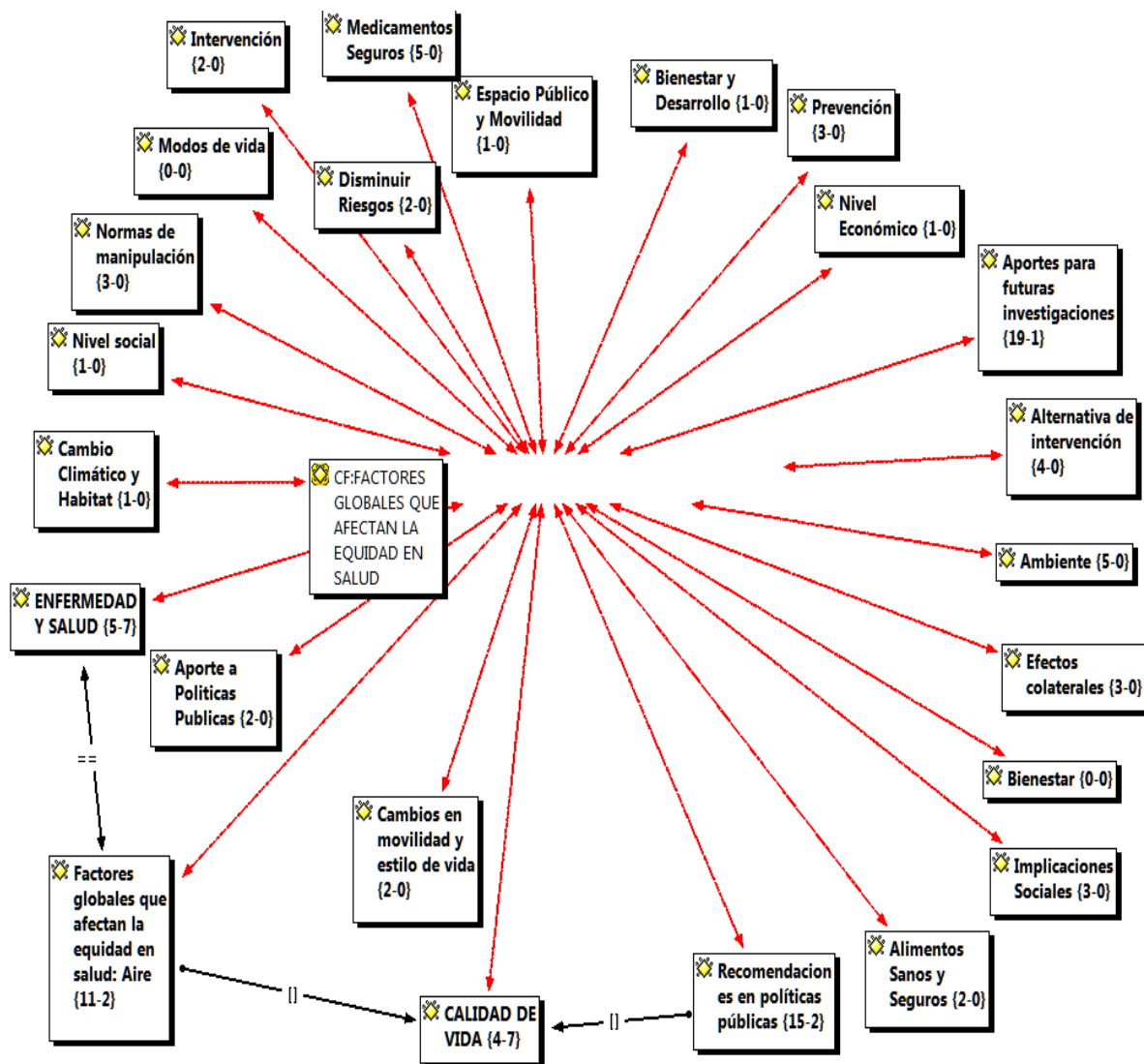


Figura 12. Factores globales que afectan la equidad en salud.

Se requiere una mayor coordinación entre los investigadores e instituciones de educación superior, institutos, laboratorios, instituciones de salud, clínicas y hospitales, para aprovechar mejor la producción investigativa en salud y para generar investigaciones con pertinencia para la ciudad. En otros términos, se reconoce que existe una producción importante que contribuye a la explicación de problemas específicos relevantes, pero es importante desarrollar investigaciones de mayor impacto territorial, como los estudios epidemiológicos; para lo anterior se requiere contar con recursos económicos que permitan

el desarrollo de proyectos de investigación interinstitucionales que contribuyan al mejoramiento de la salud y la calidad de vida de la población residente en Bogotá, a su vez que se promuevan hábitos y comportamientos saludables que contribuyan a disminuir las tasas de enfermedad.

AMBIENTE.

Aire.

El aire es una de las variables estudiadas para establecer su relación con la salud. El estudio Modelación de la generación de material particulado en función de la composición del combustible muestra que en Bogotá existen problemas de enfermedades respiratorias preocupantes en Bogotá D.C., debido a los altos índices de contaminación que tiene la ciudad, lo cual genera baja calidad del aire. Tal condición se presenta especialmente por el material particulado propiciado por los vehículos que operan con ciclo de ignición por compresión y las industrias generadoras de este tipo de materiales o porque emplean combustibles con componentes químicos que son identificadas como precursores directos de partículas altamente contaminantes. Una de las recomendaciones es que se le preste mayor atención a los productos químicos oxigenados, propios de combustibles de origen orgánico y la posibilidad de uso de biodiesel de palma mezclado con diésel de origen fósil (Mantilla, Ramírez & Rojas, 2010).

Medicamentos seguros.

En el tema de los medicamentos seguros se encontraron algunas investigaciones en relación con los antibióticos para uso parenteral. Se sugiere investigar más las equivalencias en la actividad microbiológica de algunos antibióticos, para obtener resultados concluyentes, pues las metodologías que hasta ahora se emplean, no lo permiten. De hecho se resalta que con la tecnología actual es posible evaluar la actividad antimicrobiana en suero de los antibióticos, como un parámetro sólido de actividad farmacéutica que permita establecer la existencia o no de equivalencia terapéutica entre las diferentes moléculas de antibióticos comercializados en Colombia. Estas investigaciones son necesarias para hacer un mejor aprovechamiento de los medicamentos esenciales para disminuir la mortalidad por problemas infecciosos.

También se requiere la formación de profesionales de la salud sobre la disponibilidad de medicamentos no innovadores, la implementación de políticas formales en el uso prudente de los medicamentos y el aumento en la calidad y seguridad de estos. Por esta razón, se requieren estudios que permitan establecer la equivalencia farmacéutica, bioequivalencia y equivalencia terapéutica de estos medicamentos como Piperacilina y tazobactam, dos antimicrobianos de uso frecuente en Bogotá para el tratamiento de infecciones nosocomiales; y definir si estos medicamentos pueden ser intercambiables durante el tratamiento médico de un paciente sin que implique riesgos para su salud. Se recomienda el desarrollo de más investigaciones que, permitan a partir de los resultados, un uso más acertado y con mayor seguridad sobre la calidad de los medicamentos empleados en el tratamiento de procesos infecciosos en pacientes afectados.

En Colombia el manejo de pacientes en los diferentes servicios hospitalarios han presentado inconvenientes por el riesgo de infecciones por bacterias y la resistencia de las mismas. El *Staphylococcus aureus* *Escherichia coli* y *Pseudomonas aeruginosa*, han generado cepas resistentes y junto con la *Salmonella* y el *B. cereus* han propiciado brotes por ETAS como principales microorganismos causales. Ante este problema se ha analizado el aceite esencial de la *Conocarpus scoparioides* para evaluar su actividad frente a cinco cepas bacterianas. Se obtuvo el AE y se prepararon las bacterias aplicándose pruebas de sensibilidad y no paramétricas para determinar el porcentaje de inhibición, la evaluación de la MIC y comparar la efectividad del aceite en comparación con la estreptomina. El aceite esencial presentó actividad principalmente contra el *B. cereus*. Una condición diferente presentó el *P. aeruginosa* con un mayor crecimiento. En el estudio encontrado sobre este aspecto, se concluye que hay mayor actividad frente a bacterias gram positivas como el caso del *B. cereus* que en gram negativas con MIC bajas. Estos resultados permite comparar la actividad de la *Conocarpus* con estudios recientes bajo la misma modalidad que permiten identificar nuevas plantas con actividad biológica y percibir que la *Conocarpus* es efectiva en mayor proporción frente a bacterias gram positivas. De allí la importancia de seguir haciendo investigaciones de este tipo.

Otro aspecto importante en relación con los antibióticos, tiene que ver con el surgimiento de cepas resistentes que obligan al uso de antibióticos de reciente desarrollo, que además de ser más costosos no cuentan con resultados concluyentes sobre su perfil de seguridad, esto en parte por la poca experiencia de uso en grupos numerosos de pacientes.

Dado lo anterior, la OMS, recomienda prohibir la entrega de antibióticos sin la formulación por médicos calificado. Lo anterior ha obligado a la aplicación de medidas regulatorias en Bogotá y otras ciudades del país. Pese a lo anterior, las investigaciones muestran que aún hay droguerías que no cumplen la norma, especialmente en barrios del sur oriente y centro oriente de Bogotá, sobre todo en sectores de la ciudad con los mayores índices de pobreza.

En el caso de neurocirugías se requiere el uso de relajantes neuromusculares no despolarizantes. Debido a sus características particulares el rocuronio es una buena alternativa para este tipo de procedimientos, ya sea en bolos o en infusión. Sin embargo, la relajación residual y los efectos adversos de los medicamentos para revertir la relajación neuromuscular requieren ser tenidos en cuenta en este grupo de pacientes que requieren este procedimiento.

Como alternativa médica se compara la reversión de la relajación de infusiones de rocuronio, con Neostigmina más Atropina con la reversión con Sugammadex en pacientes sometidos a un procedimiento quirúrgico de lesiones supratentoriales, en la Fundación Cardioinfantil. Se evaluaron las complicaciones durante la administración de los medicamentos y 24 horas posoperatorias, así como los tiempos para extubación y salida de salas de cirugía.

Se siguieron los protocolos de inclusión exclusión de los pacientes medicados con fenitoina de manera crónica y los pacientes que exceden el índice de masa corporal permitida para la inclusión en este procedimiento. Se revisó la calibración en tres pacientes y se encontró que no se había logrado; tampoco se presentaron complicaciones con su extubación. No obstante se sugiere evaluar el uso de los datos recolectados en estos pacientes en los análisis definitivos.

Otro aspecto que se debe tener en cuenta es el tiempo de anestesia, especialmente en la fracción de tiempo correspondiente entre el ingreso del paciente a la sala de cirugía hasta el procedimiento quirúrgico, dado que se pueden presentarse demoras imprevistas durante la inducción. Se encontró que la medición de tiempo desde el cierre de piel hasta la extubación y la salida de salas de cirugía es más confiable. No se han presentado complicaciones posteriores a la reversión, diferentes a las esperadas, ningún paciente ha presentado relajación residual y la totalidad de los pacientes fueron extubados antes de su traslado a la unidad de cuidado intensivo, las complicaciones se presentaron no requirieron de intervenciones

importantes. Para próximas investigaciones es importante tener un número mayor de pacientes, evaluar las mediciones y realizar comparaciones entre grupos.

Espacio público y Movilidad.

La puesta en marcha en el año 2000 del sistema de transporte masivo a través de Transmilenio, muestra que ha habido cambios importantes en las condiciones de movilidad diaria de la población tanto de zonas como la calle 80 y en general en la ciudad. Los hallazgos de estudios sobre el tema muestran que las diferentes formas de movilidad urbana de los habitantes de Bogotá, la migratoria, la residencial intraurbana y la cotidiana, evidencian nuevas formas de desigualdad. Se observa cómo los habitantes logran o no aprovechar los recursos del barrio y de la ciudad en materia de vivienda, servicios y transporte. El artículo estudia la evolución de una zona periférica del noroeste de Bogotá, alrededor de la calle 80, relacionada con la implementación de esta modalidad de transporte.

Uno de las investigaciones reporta el análisis de los factores de tipo social, ambiental, de sustentabilidad ambiental y logísticos del uso de biodiesel obtenido a partir del piñon *Jatropha curcas* en el sistema de transporte masivo de Bogotá, con el fin de presentar un modelo que facilita el análisis de la incorporación de una materia prima alternativa para la producción de biodiesel que recupera suelos y de la cual se puede obtener un insumo apto para el transporte masivo.

Alimentos sanos y seguros.

Un tema de interés en la investigación sobre los alimentos sanos y seguros tiene que ver con las normas que debe cumplir una persona para manipular alimentos y así disminuir los riesgos de contaminación y garantizar así la salud de los consumidores. Los aportes investigativos contribuyen, adicionalmente, a la propuesta de políticas para ejercer la inspección, vigilancia y control de alimentos por las autoridades sanitarias y que se disminuyan los riesgos para la salud por ingesta de alimentos contaminados (Muñoz, Vargas, Otero, Díaz & Guzmán, 2011).

Otro aspecto objeto de investigación ha sido la tendencia voluntaria a la producción de alimentos fortificados con micronutrientes. Se encontraron 314 alimentos adicionados con

micronutrientes como vitaminas A, B, C, B9, Hierro, Zinc y Calcio. Sólo una marca de pasta presenta fortificación voluntaria con los micronutrientes vitamina A, C, E, Selenio y Zinc con fortificación adicional de Hierro y Ácido Fólico. También se encontró que los cereales que se utilizan para el desayuno tienen adición de Ácido Fólico de 100%. No obstante, no puede establecerse si existen riesgos para la salud de la población, si no se conoce el consumo de este micronutriente en Bogotá y en el resto del país.

El tema de la alimentación sana y segura ha sido objeto de estudio en relación con la cirugía bariátrica como un procedimiento cada vez más utilizado para el tratamiento de la obesidad, pero que puede generar enfermedades asociadas a ella. Existen diferentes tipos de procedimientos para llevar a cabo esta intervención; ellos se seleccionan dependiendo del tipo de paciente y de la recomendación y experiencia del médico tratante. Dada la finalidad de la cirugía bariátrica, genera deficiencias nutricionales que se debe considerar previo a la intervención, por consiguiente, debe ser tratada. Un aspecto fundamental es que el equipo médico debe evitar la administración a ciegas de suplementos nutricionales pues pueden causar problemas por déficit o por exceso, lo cual puede generar problemas nutricionales a corto y a largo plazo. Por consiguiente se recomienda que el cirujano y su equipo contribuyan con el tratamiento metabólico y nutricional, consiguiendo una mejor calidad de vida para la persona que se somete al procedimiento.

El estado nutricional de los niños no sólo es de interés en enfermedades como el cáncer. También se ha tenido en cuenta en bebés con bajo peso al momento de nacer, en sectores de vulnerabilidad social y económica como ciudad Bolívar. El propósito es identificar los factores asociados a la condición que presentan los bebés en estas condiciones. De hecho se identifican variables como bajo control prenatal, la educación de los padres también se constituye como un factor de riesgo; dos variables que han sido identificadas en otros estudios. Sin duda el tema de la promoción de la salud e intervención en determinantes de la salud familiar son necesarios en el Distrito Capital; es probable que programas de prevención de comportamientos no saludables y la promoción de hábitos saludables es necesario para mejorar la calidad de vida de niños, niñas y adultos.

Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico.

La leishmaniosis es una parasitosis causada por protozoarios del género *Leishmania* spp, en la cual, dependiendo de factores asociados al parásito y al hospedador, pueden existir

diferentes manifestaciones clínicas, de tipo cutáneo, mucoso y visceral, siendo la forma cutánea la manifestación clínica que se presenta con mayor frecuencia a nivel mundial, incluyendo Colombia.

El tratamiento convencionalmente son las sales de antimonio pentavalente, las cuales conservan en muchos casos su eficacia pero inducen serios efectos secundarios adversos asociados a la administración endovenosa e intramuscular. Por otra parte, la administración por vías como la intralesional ha mostrado la reducción de los efectos adversos asociados a las vías de administración mencionadas. Cuando la administración es dolorosa, se ha encontrado que los pacientes presenten poca adherencia al tratamiento.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, como alternativa terapéutica para la leishmaniosis cutánea se plantea la modificación de la formulación convencional del antimoniato de meglumina (sal de antimonio pentavalente), desarrollando una formulación transdérmica, capaz de liberar desde ese punto el ingrediente farmacéutico activo, reduciendo de esta forma los efectos adversos asociados a la administración por otras vías y el dolor del tratamiento intralesional, lo cual en conjunto promovería la adherencia al tratamiento. Por consiguiente, se ha evaluado la eficacia clínica, paraclínica, histológica, y farmacológica-parasitológica de una formulación tipo película polimérica como sistema de liberación de antimoniato de meglumina, comparada con la formulación para administración intramuscular e intralesional del mismo ingrediente farmacéutico activo, y con los correspondientes controles de tratamiento.

El tratamiento con la película cargada con antimoniato de meglumina muestra mejores resultados a nivel clínicos, paraclínicos y parasitológicos, con eficacia equiparable a la encontrada en los individuos tratados con el antimoniato de meglumina administrado por vía intramuscular e intralesional. Los resultados anteriores muestran que el uso de la película polimérica ayudaría a que los pacientes tengan mayor adherencia al tratamiento, por ser una formulación fácil de aplicar, no dolorosa; además, las propiedades de cubrimiento de la lesión limitan o previenen las sobreinfecciones bacterianas más comunes, sobre úlceras causadas por *Leishmania panamensis*.

Cambio Climático y Hábitat.

El tema de la vivienda y la calidad de vida han sido de interés investigativo en Bogotá, aunque no se encuentra una proporción importante de investigaciones de este tipo. La tenencia de

una vivienda contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de la población y eleva su nivel social y económico, incluyendo los demás servicios públicos indispensables para lograr el bienestar general y el desarrollo de la comunidad. De ahí la importancia de revisar y análisis de las normas que rigen al sector de la vivienda. Se ilustra esta preocupación con el estudio de la planeación, ejecución y adjudicación de viviendas del barrio Popular Modelo del Norte, reconocido como el primer proyecto de vivienda popular patrocinado por el gobierno distrital. Estudios de este orden contribuyen adicionalmente a la comprensión de la historia de la ciudad y de sus transformaciones a partir de la vivienda. Estudios de este orden contribuyen adicionalmente a la comprensión de la historia de la ciudad y de sus transformaciones a partir de la vivienda.

Otro tema relevante es el de la segregación residencial, un tema poco estudiado por los gobiernos de las ciudades de Latinoamérica, es un aspecto que incide profundamente en la calidad de vida de los habitantes de las mismas. En Bogotá es un tema poco investigado, sobre todo si se tiene en cuenta que es un aspecto que influye en el desarrollo integral de la ciudad. Se enfatiza entonces en se requiere de una política social amplia y dinámica, que abarque los sectores menos favorecidos y que permitan mejorar condiciones educativas, sociales, de infraestructura y seguridad.

Sin embargo, para realizar una inversión social adecuada es necesaria la realización de estudios de segregación social que permitan identificar zonas, sectores y poblaciones menos favorecidas y, tal vez, discriminadas. En Bogotá, la diferencia entre las poblaciones de alto poder adquisitivo y las de muy bajo es muy notoria. A su vez, se debe tener en cuenta que la cultura ciudadana en Bogotá evidencia diferencias entre los habitantes de los barrios del sur, llamados pobres y los del norte los ricos, que muestran evidencias sobre la existencia de segregación socioeconómica y residencial. Aunque, se considere que los habitantes del sur de la ciudad son los que menos ingresos tienen, es necesario tener en cuenta que así como en el norte existen barrios con un muy alto perfil de población en cuanto a ingresos se refiere, en el sur existen muchas familias de muy altos ingresos que piensan que vivir en estratos 3 hacia abajo, lo que les permite mantener un bajo perfil y generar ahorro evitando los lujos propios de algunos sectores del norte de la ciudad. Por otra parte, cabe aclarar que no todos los sectores en el norte de la ciudad son de estratificación alta, hay sectores en Suba, Barrios Unidos y Usaquén en donde la estratificación está entre 2 y 3. En Suba, por ejemplo, existen viviendas catalogadas como vivienda de Interés Prioritaria, VIP, cuyo valor es bajo en

comparación con viviendas en el barrio Chico, donde las viviendas pueden alcanzar valores muchísimo más altos.

Aunque en las ciudades Latinoamericanas no se resalta una marcada segregación residencial por etnia racial o creencia religiosa, como ha ocurrido históricamente en los Estados Unidos o en Europa, resulta evidente la segregación en el aspecto socioeconómico. En Colombia, los cinturones de miseria se acentúan aún más como consecuencia del conflicto que por seis décadas ha vivido el país y que ha provocado millones de desplazados a las ciudades capitales, principalmente a la ciudad de Bogotá. Los asentamientos que generan una problemática social importante, se dan en sectores como Ciudad Bolívar, Usme, Bosa y Soacha. Este último, aunque es un municipio independiente de Bogotá y pertenece al departamento de Cundinamarca, por su cercanía a la ciudad y su dependencia económica y social de la misma, para muchas personas es considerado como parte integral de la capital.

Estas zonas sufren de manera directa los aspectos más negativos del conflicto, violencia urbana y posible descuido por parte de los gobiernos nacionales y distritales. Por ello, la necesidad de un estudio de aproximación que muestre, bajo información y análisis con modelos estadísticos muy rigurosos, la situación actual de la ciudad, en cuanto a segregación residencial se refiere en las diferentes localidades, e identificar las formas como este aspecto afecta a los habitantes de la capital y contribuir a políticas públicas orientada a disminuir el impacto negativo de la segregación en la ciudad de Bogotá.

Trabajo y salud.

El tema del trabajo y la salud figura en las agendas de investigación en aspectos específicos como el trabajo infantil, las repercusiones osteomusculares y las condiciones laborales en algunos centros de atención de salud. Son trabajos que ilustran a manera de muestra el interés investigativo en algunas instituciones de educación superior, en particular.

Uno de los trabajos de investigación aborda los riesgos derivados del ambiente laboral que pueden afectar la salud de los niños trabajadores y/o niños que acompañan a otras personas en los sitios de trabajo. Para el análisis de los resultados obtenidos se utilizó la metodología de Múltiples Exposiciones - Múltiples Efectos, recomendada por la Organización Mundial de la Salud. Se incluyeron las condiciones contextuales como determinantes estructurales, los determinantes de exposición derivados del trabajo, los resultados en salud y las acciones preventivas y remediadoras. Adicionalmente, se cuantificó

la magnitud de los menores al interior de los establecimientos informales de la zona Comercial Industrial de la Localidad Antonio Nariño.

Los resultados de investigación muestran que los niños trabajadores desempeñan diferentes ocupaciones, de ellas la más frecuente es la comercial. Estos menores se encuentran en diferentes ocupaciones, siendo la actividad comercial la más frecuente, seguida del trabajo en restaurantes y la manufactura del cuero. La mayor parte de estas ocupaciones son prohibidas para menores de edad con base en la legislación colombiana, no obstante se hace caso omiso de esta normatividad, por empresas; la vulnerabilidad es mayor dado que se trata de menores de edad. Se requiere velar porque la normatividad se cumpla, a fin de que los menores de edad no sean expuestos a condiciones laborales que afectan su desarrollo y calidad de vida.

Recomendaciones en políticas públicas.

Se espera que la investigación sirva como insumo para el diseño de políticas públicas que avancen hacia la erradicación definitiva del trabajo infantil y/o que reduzcan al máximo los riesgos a los que hoy día se encuentran expuestos los niños trabajadores. Que generen formas de intervenciones en favor de la salud de los menores trabajadores tanto en Bogotá, en las localidades que se han estudiado y en general en el país.

Otro tema de interés en el campo laboral tiene que ver con la prevalencia de síntomas osteomusculares generales y los factores asociados en trabajadores. Una de las afecciones musculoesqueléticas está en la mano y la muñeca derecha en las personas que tienen puestos administrativos, requieren hacer un trabajo rápido y el ritmo de trabajo está determinado por sus jefes. En el hombro derecho el cuello y la espalda. Los trastornos musculoesqueléticos son complejos y están influidos por factores individuales, psicosociales y ambientales que interactúan incrementando el riesgo de producir estas afecciones.

Aportes para nuevas investigaciones.

Se recomienda hacer investigaciones con un enfoque multivariado para personas con este tipo de patología. Adicionalmente se plantea la posibilidad de hacer estudios que incluyan más variables a nivel psicosocial y en población más diversa, para llegar a resultados más concluyentes

El síndrome de Burnout o de quemarse en el trabajo es un problema de salud que con frecuencia se presenta en trabajadores. El tema ha sido investigado con una población particular como profesores universitarios, a través de la Escala de Maslach, incluyendo el APGAR familiar para evaluar cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, variables sociales y demográficas, además de variables relacionadas con el trabajo. Se identificaron problemas de salud asociados al Burnout, entre ellas el agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal fue moderado, agotamiento emocional y el APGAR familiar leve. En despersonalización especialmente en relación con el estado civil. Los resultados muestran que los docentes, en su mayoría, presentan un grado alto de agotamiento emocional, despersonalización y estrés.

También es necesario que se investigue con mayor detalle los factores globales que afectan la equidad en salud. No es un tema frecuente en los estudios pero se sugiere investigar los procesos que afectan la inclusión de las personas en el sistema de salud, las condiciones con las que se prestan los servicios y la cobertura respecto a algunas enfermedades como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades catalogadas como de alto costo.

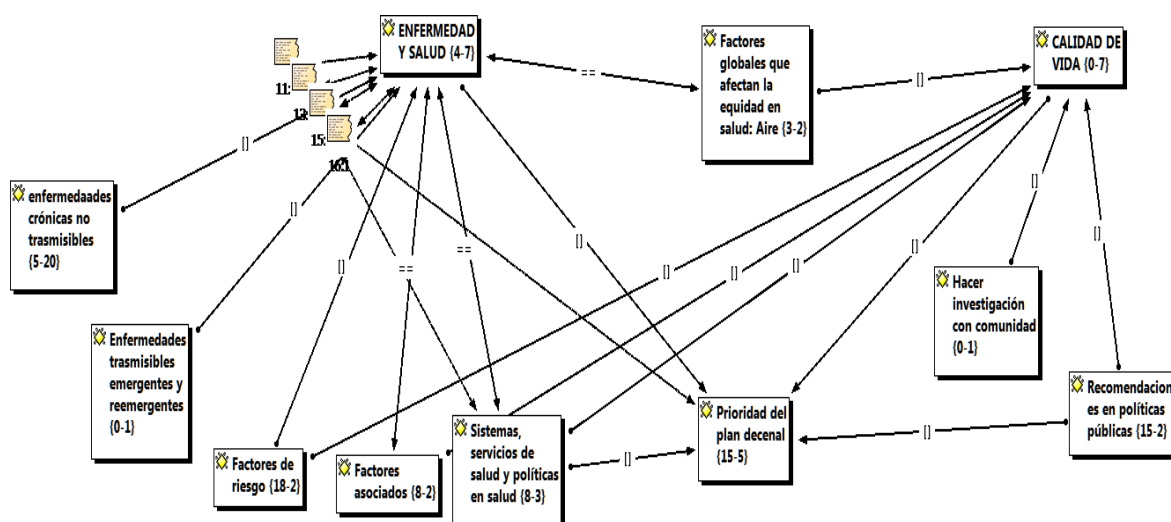


Figura 13. Relación entre enfermedad y salud y los 3 ejes de las prioridades en Salud.

Recomendaciones en políticas institucionales.

Se recomienda crear estrategia de manejo para el agotamiento emocional brindar pequeños momentos de descanso destinados a reducir la percepción de agotamiento, lo cual sería importante como medio para mantener condiciones saludables para los docentes universitarios.

SEGURIDAD ALIMENTARIA

La seguridad alimentaria tiene que ver con la suficiente y estable disponibilidad de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa. En relación con estas disposiciones, se encuentra un estudio hecho con militares que han sido expuestos a situaciones de hacinamiento en todos los aspectos. En relación con los alimentos en un estudio se identificaron problemas de adecuación de espacios como el comedor para un grupo de militares que se encontraban en situación de hacinamiento. Pese a que no se determinan factores de riesgo en el área de cocina, ni en el personal manipulador de alimentos, ni en los alimentos adquiridos por el batallón para el suministro de las raciones a los soldados y en general los procesos y las buenas prácticas de manejo. Se presentó brote de gastroenteritis, enfermedad alimentaria transmitida, ETA, generada probablemente por el consumo de otros elementos, como agua, diferentes a los alimentos.

Se sugiere revisar las condiciones higiénicas sanitarias en estos espacios y en otros que alberguen personas en condición de hacinamiento, y realizar muestreos periódicos del servicio de alimentación, calidad del agua y, en general las medidas sanitarias; las probabilidades parasitarias, los riesgos de contaminación alimentaria por agentes patógenos.

Los brotes de enfermedad transmitida por alimento también se han investigado en instituciones escolares de Bogotá, a través de los protocolos del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, y del Instituto Nacional de Salud (INS), mediante la inspección de las instalaciones, específicamente al lugar de preparación de los alimentos y además tomó muestras de los alimentos sospechosos, en los que se identificó la presencia de coliformes totales, o *Enterobacteriaceae* lactosa-positivas, lo que indica fallas en el proceso de manipulación de los alimentos.

Sugerencias para la prevención de ETA (Enfermedad transmitida por alimentos).

Entre otras recomendaciones se solicita realizar cambios y adecuaciones estructurales y de procedimiento como tener recipientes adecuados para disposición de residuos, elaborar planes de saneamiento, dotar de toallas desechables, indumentaria, mesas con superficies lavables, adecuar pisos, techos, instalaciones eléctricas, sifones de drenaje y vitrinas, señalización y adecuación de áreas para almacenamiento de productos de aseo.

Otro estudio se orientó a la determinación del nivel de seguridad alimentaria y su asociación con el peso del recién nacido de mujeres lactantes en una de las localidades de la ciudad de Bogotá D.C, beneficiarias del Servicio de Atención Integral a la Primera Infancia en la Estrategia Entorno Familiar de la Secretaria Distrital de Integración Social durante el primer semestre del año 2012. Adicionalmente se identificaron las características sociodemográficas y antecedentes clínico epidemiológicos de las madres gestantes, sin patologías o malformaciones evidentes y con una edad actual menor o igual a 6 meses.

El nivel de seguridad alimentaria del hogar al cual pertenece cada mujer lactante se determinó a través de la Escala Latinoamericana y el Caribe de Seguridad Alimentaria, ELCSA, validada para Colombia en el año 2008.

Los resultados muestran que no hay asociación estadísticamente significativa entre las variables socioeconómicas, nivel de seguridad alimentaria y bajo peso al nacer. Por el contrario, para el caso de las variables clínicas se encontró asociación del bajo peso con infección de vías urinarias e insuficiencia placentaria.

Aportes para nuevas investigaciones.

Dado que la medición de la seguridad alimentaria por medio de la Escala Latinoamericana y el Caribe de Seguridad Alimentaria, ELCSA no es sensible para establecer asociación entre el nivel de seguridad alimentaria y el peso del recién nacido como consecuencia de la misma, se recomienda la investigación de otros instrumentos que permitan obtener resultados más robustos en la asociación entre variables y el bajo peso al nacer.

Desde otro punto de vista, desde la perspectiva de políticas públicas, la nutrición en la primera infancia es una prioridad para el país y el Distrito Capital. De hecho se reconoce en una de las investigaciones que en Colombia y Bogotá existe un programa dirigido a la Intervención del sistema nutricional en los niños y niñas menores de 7 años, como estrategia para la prevención de algún grado de desnutrición y así promover hábitos alimentarios

saludables que contribuyan a mejorar la nutrición en la población que está afectada por algún nivel de desnutrición, el factor de mayor riesgo para el deterioro del estado nutricional de niños y niñas de primera infancia.

Frente al problema es necesario generar cambios favorables en el comportamiento individual, colectivo de los niños y niñas y su familia para fortalecer el seguimiento institucional y promover una buena articulación en áreas de prevención, promoción del sistema nutricional. No se incluyen recomendaciones ni para políticas públicas, ni para nuevas investigaciones.

DESARROLLO URBANO Y MODOS DE VIDA.

El transporte es un elemento vital en la vida urbana del Distrito Capital, por su función de movilidad de los habitantes la ciudad y por los efectos ambientales, comerciales, residenciales y económicos que implica. La calidad del servicio, las condiciones de los vehículos y la manera como transitan afectan los modos de vida de los ciudadanos; de manera que su mejoramiento es directamente proporcional a los beneficios en calidad de vida para la población, y por el contrario, su deterioro influye directamente en la generación de problemáticas de gran impacto para la ciudad.

Pese a la problemática que vive la ciudad por el transporte público, las transformaciones urbanísticas, el problema vial y la llegada de personas de todo el país a ella, son pocas las investigaciones que se identificaron para este estado del arte, en el tema de desarrollo urbano y modos de vida. Esto sugiere que es importante incorporar en las agendas de investigación sectoriales e intersectoriales y de ciudad-región el tema de las transformaciones urbanísticas, la movilidad y la calidad de vida, pues las evidencias cotidianas muestran una problemática de alta complejidad que requiere el cumplimiento de políticas públicas de regulación, la planeación urbana con prevención de los impactos ambientales y en el bienestar de los habitantes de la ciudad.

6.3.4 ESTRUCTURAS Y PROCESOS QUE AFECTAN DIFERENCIALMENTE LA SALUD DE LAS POBLACIONES.

Uno de los intereses tanto de la agenda de investigación en salud para el Distrito Capital es aportar a la construcción de un marco general para orientar los procesos de desarrollo de las

políticas públicas en salud vinculadas a los derechos de la población, a sus condiciones sociales y culturales, reconociendo problemas y asumiendo nuevos desafíos para promover la salud de manera equitativa.

Se pretende con la equidad en la salud reducir las diferencias sistemáticas en la salud dentro de Bogotá y entre las diferentes regiones del país, con ello se pretende reducir los riesgos de muerte, mejorar las condiciones de calidad de vida de los capitalinos, y en general de todos los colombianos, contar con una política de redistribución de recursos de infraestructura y económica más equitativa y contar con una mejor sistema para el registro de información.

Temas específicos como la atención a las personas en situación de desplazamiento forzado por causa de la violencia política requieren más atención a través de la investigación. La discapacidad es otro tema que se ha investigado en relación con otros procesos de salud y enfermedad, por ejemplo con los problemas cardiacos, respiratorios, ocupación laboral o accidentalidad (Buitrago, 2013). No obstante es fundamental producir mayor conocimiento para establecer relaciones entre ésta y las condiciones socioeconómicas, el acceso a servicios públicos y de salud, la migración porque son factores que afecta de manera importante su calidad de vida.

DIVERSIDAD DE LAS POBLACIONES Y SALUD.

Desplazamiento.

El tema de las personas en situación de desplazamiento forzado no se evidencia de manera independiente, menos en el tema de salud. Por lo general aparece vinculado a problemas como el ingreso y recepción en la ciudad, el tema de oportunidades o de ubicación en la ciudad. Una investigación llevada a cabo con adolescentes en situación de desplazamiento muestra que en algunos se produce inestabilidad social y emocional como resultado de esta situación, lo que termina por influir negativamente en el desarrollo de su etapa vital. El miedo, la sobreprotección de los padres y el deterioro en las actuales condiciones de vida es parte de los determinantes sociales que se encontraron en el estudio.

Discapacidad

Como en el caso del desplazamiento, la discapacidad es investigada en relación con otros procesos de salud y enfermedad, por ejemplo con los problemas cardiacos, respiratorios, ocupación laboral o accidentalidad. No obstante algunos estudios muestran que desde el punto de vista de la calidad de vida de las personas en situación de discapacidad, se ha encontrado que el contexto ambiental empobrecido de personas ancianas bajo esta condición residentes en diferentes barrios de la ciudad de Bogotá D.C., aunado a la pobreza, la carencia de servicios públicos y de salud, la migración, afecta de manera importante su calidad de vida.

Es por lo anterior que se sugiere que los profesionales de la salud, como enfermeras deben considerar el contexto ambiental para brindar atención y cuidado en salud a estas personas y que se les considere como personas desde su integralidad y de manera holística.

6.3.5 SISTEMAS, SERVICIOS Y POLÍTICAS DE SALUD.

El Distrito Capital cuenta con destacadas instituciones universitarias, hospitales y clínicas, laboratorios e institutos públicos y privados, que en sus actividades incluyen la investigación y producción de conocimiento técnico, práctico y teórico en temas de salud. La ciudad de Bogotá cuenta con un sistema de servicios de salud amplio que de manera segmentada atiende la mayor parte de la población que en ella reside o que llegan de otras ciudades y regiones del territorio nacional en búsqueda de atención (Sánchez & Sánchez, 2013). Específicamente, se presentan análisis sobre la organización de algunos de los servicios de salud de acuerdo con políticas nacionales y del Distrito Capital.

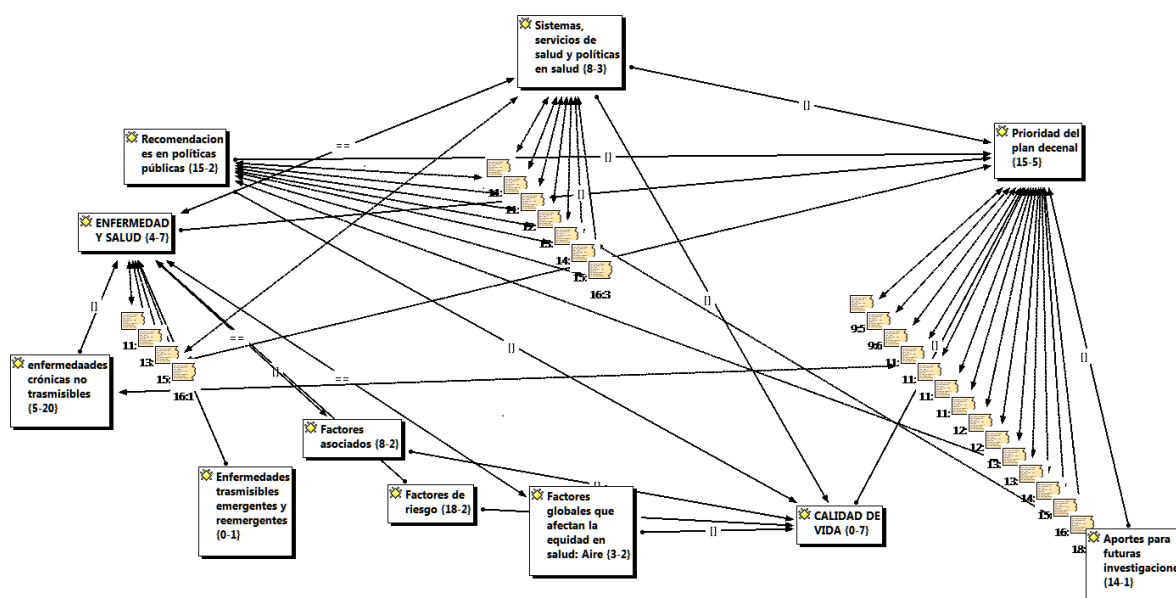


Figura 14. Sistemas, servicios y políticas de salud.

Economías en salud.

El tema del sistema de salud ha sido un interés en la producción investigativa que se lleva a cabo en el Distrito Capital y a nivel nacional. Interesa entre otros temas la asignación de recursos para la atención de las personas afectadas por diferentes problemas de salud ocasionados por algún desastre. Uno de criterios para determinar la relación entre las dos variables se efectuó mediante el análisis comparativo entre el desempeño del sistema frente a dos políticas de asignación de recursos utilizadas en la programación de proyectos con recursos restringidos, identificadas como más relevantes en la literatura y adoptables al sistema humanitario en el caso particular de la atención de desastres, como lo evidencia el estudio hecho por González en el 2013.

Para el propósito anterior se diseñó un modelo mediante una combinación de redes AON y dinámicas de sistemas para determinar los tiempos de respuesta a partir de las políticas de atención. La políticas de asignación de recursos contribuye, según los resultados del estudio, a la disminución de pérdida de vidas humana por causa de desastres; sin embargo, se requiere evaluar otras políticas que se considera pueden aumentar el impacto positivo en la atención y que por sí solas no muestran un impacto significativo, en particular las que no están basadas en la ruta crítica, sino en la información de recursos y de la estructura de la red.

Otra investigación relacionada con las estrategias de gestión de los sistemas de logística basadas en Modelos VMI y SCOR (Sierra, 2013) con el propósito de desarrollar e implementar un modelo para la gestión de la cadena de suministros de medicamentos y DM, a través de políticas, procesos y subprocesos para la adquisición, distribución y devolución de producto, teniendo en cuenta las características propias de los servicios farmacéuticos. Este tipo de investigación permite caracterizar los procesos que integran la cadena de suministros de medicamentos y dispositivos médicos. El estudio de Sierra aporta para la configuración de procesos sustentados en un modelo VMI, apoyado con técnicas utilizadas en sistemas de inventario de revisión periódica que posibiliten un sistema de suministro de medicamentos más efectivo.

Otro estudio que tiene que ver con los sistemas de atención, no sólo a nivel distrital, también en el resto del país es el de la evaluación las estrategias de captación, producción y distribución de hemocomponentes, glóbulos rojos y los tiempos de respuesta requeridos para la atención de la demanda asociada a la ocurrencia de un desastre. Para efectos de este análisis, se efectuó una caracterización de la logística de la red nacional de bancos de sangre y servicios transfusionales de Colombia, posteriormente se desarrolla un modelo matemático que representa esta red. Los resultados permiten formular estrategias para garantizar el suministro oportuno de los hemo- componentes en circunstancias de desastres a nivel nacional (Portillo, 2013).

Los estudios anteriores son una muestra de los temas que interesan a algunos investigadores en cuanto a que los sistemas de salud deben contar con condiciones que contribuyan de manera efectiva a la calidad de vida de la población residente en la ciudad de Bogotá. Desde diferentes reflexiones se concluye que es necesario que los sistemas de salud sean estudiados de manera sistemática de manera que las evaluaciones y los análisis que de ellos se hagan contribuyan al mejoramiento de los procedimientos y de la calidad de los servicios que ellos ofrecen.

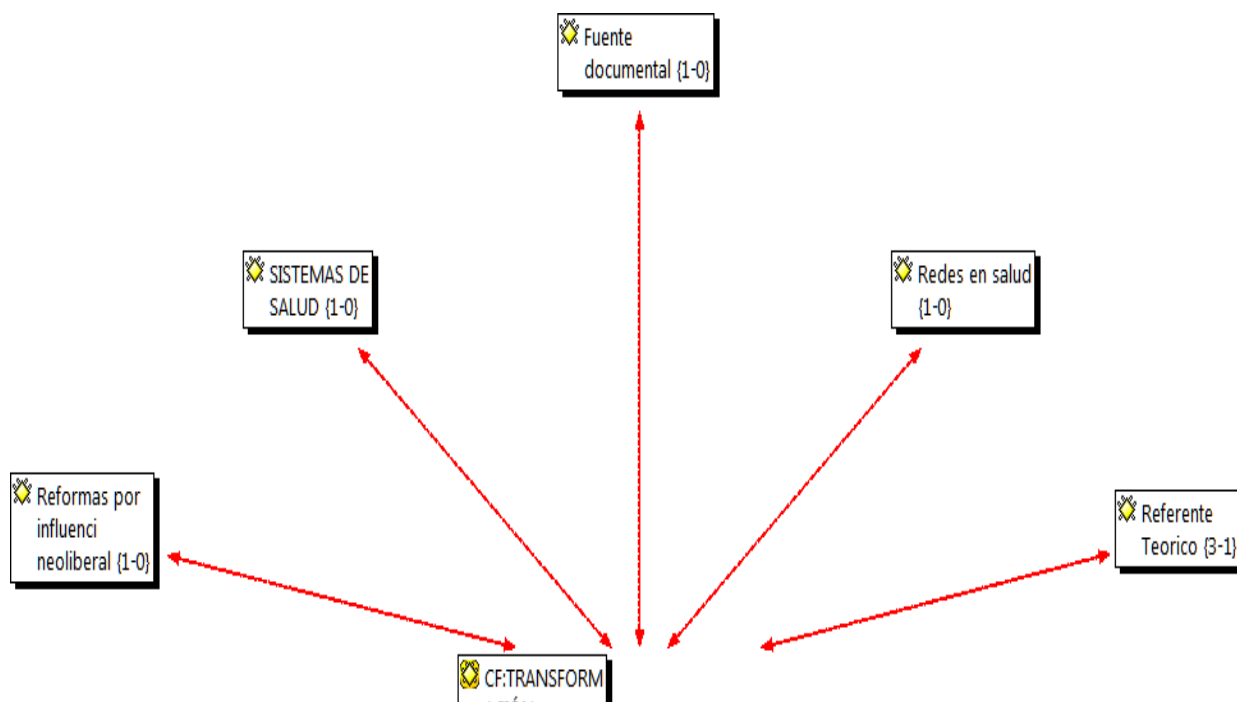


Figura 15. Transformaciones en los sistemas de salud.

Las anteriores observaciones obedecen a que, si bien es cierto se identifican fortalezas como los esfuerzos por organizar los sistemas de salud, refinar cada vez más los procedimientos, generar conocimiento y apropiarlo para el desarrollo de planes y proyectos, se requiere intervenir en las políticas públicas para mejorar los recursos financieros que soportan los sistemas, aportar a la investigación y al desarrollo de instrumentos y tecnologías necesarias para atender problemas de salud que están afectando la calidad de vida en Bogotá, tal como se observa en el mapa de análisis de este factor.

Algunos estudios consultados muestran que es fundamental que se vincule la salud con el desarrollo económico y social de la capital; reducir los problemas que han llevado a rezagar la atención a poblaciones con mayor vulnerabilidad; contar con capacitación permanente para afrontar los problemas de salud emergentes, lo cual implica definir prioridades; insistir con las entidades de salud sobre la importancia de tener prácticas de atención de calidad y humanizadas; garantizar los recursos necesarios para la inversión en infraestructura y servicios de salud; ampliar las redes interinstitucionales tanto en la oferta

de servicios de salud como en la producción de conocimiento a través de investigaciones de alta calidad y con impacto social; fortalecer los mecanismos de comunicación y apropiación del conocimiento en temas de salud, para lo cual se requiere fortalecer la inversión en recursos humanos, en procedimientos e infraestructura para el desarrollo de investigaciones; fortalecer aún más el papel de la Secretaría de Salud del Distrito en la producción y transferencia de conocimiento en los temas de salud-enfermedad, evaluación e intervención; promover modelos integrados de atención en salud; ampliar y fortalecer la participación ciudadana en procesos de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Infraestructura en salud.

En Distrito Capital existen destacadas instituciones universitarias, hospitales y clínicas, laboratorios e institutos públicos y privados, que en sus actividades incluyen la investigación y producción de conocimiento técnico, práctico y teórico en temas de salud. La ciudad de Bogotá cuenta con un sistema de servicios de salud amplio que de manera segmentada atiende la mayor parte de la población que en ella reside o que llegan de otras ciudades y regiones del territorio nacional en búsqueda de atención.

En Colombia, no existe una herramienta para cuantificar el grado de congestión de los servicios de urgencias que sea aplicable a su realidad. Por esta razón, en una de las investigaciones con la escala NEDOCS, una herramienta válida para medir el grado de congestión en este medio. Para la validación, se comparó la escala NEDOCS contra dos escalas tipo Likert de 6 preguntas. Los resultados explican la variabilidad en la atención en una alta proporción, además la correlación entre la severidad en la congestión de los últimos 3 ítems de la escala con las opiniones subjetivas fueron significativas. Se obtuvieron correspondencias significativas con las siguientes variables como disponibilidad de y promedio de tiempo de espera. En síntesis, las mediciones de la escala en comparación con las opiniones del personal arrojan que la escala NEDOCS aplicada en los servicios de urgencias colombianos es útil para medir congestión. Se observó como fenómeno especial que el personal se encuentra acostumbrado a “vivir con la congestión”, por lo cual el personal considera como congestión del servicio los momentos de alto stress laboral. Aspecto que sin lugar a duda requiere atención, pues es una de las causas de enfermedad en los funcionarios y de conflictos con los usuarios.

Se sugiere en algunos de los estudios que se investigue el tema de la infraestructura de salud pues así como se cuenta con algunos servicios que cuentan con los recursos físicos, económicos, técnicos y tecnológicos necesarios, hay falencias en otras entidades como hospitales, porque carecen de recursos e infraestructura y recursos para brindar atención de calidad. Desde otras investigaciones se sugiere investigar los sistemas de información tanto académicos como institucionales de los sistemas de salud para tener información actualizada sobre las tendencias de la salud en Bogotá, sobre todo con respecto a la tendencia de enfermedades crónicas no transmisibles de alto costo y enfermedades crónicas transmisibles emergentes y reemergentes. Específicamente con relación a estas últimas, por su alto riesgo de contagio, se sugiere refinar más los sistemas de evaluación y registro, así como las tendencias de estas enfermedades, sobre todo en las poblaciones de mayor vulnerabilidad. Sumado a lo anterior, en algunas investigaciones y publicaciones se recomienda investigar la pertinencia de algunos modelos atención en salud, su viabilidad para la capital y buscar alternativas de intervención frente a problemas que no muestran un decremento, sino por el contrario un aumento como sucede con las enfermedades crónicas trasmisibles.

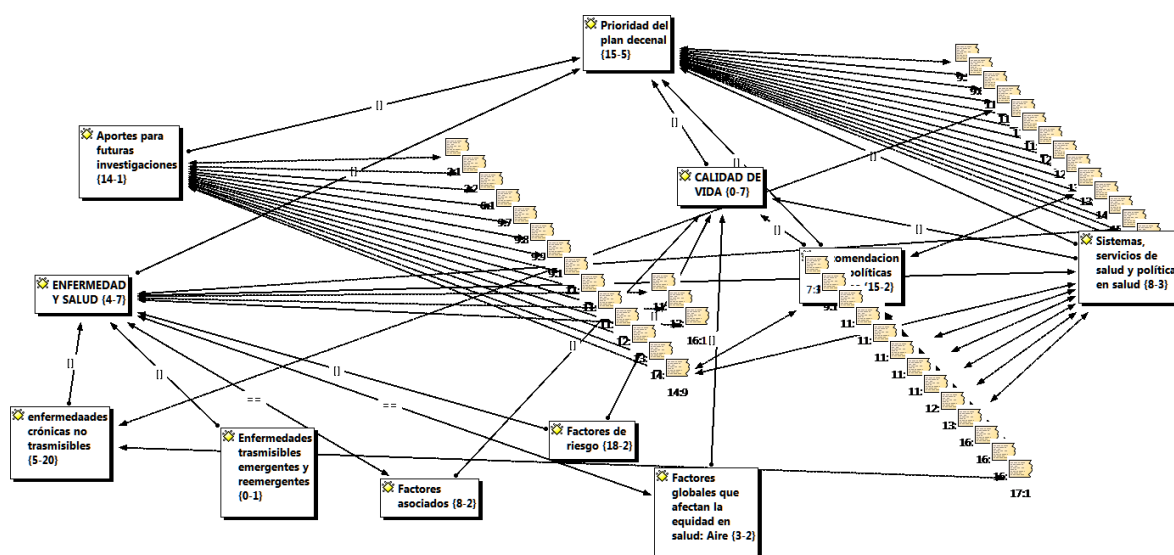


Figura 16. Aportes para nuevas investigaciones desde la salud, la enfermedad y la calidad de vida.

Las investigaciones diferencialmente resaltan la importancia de que las instituciones del gobierno distrital, universidades e institutos de investigación apropien y empleen conocimiento proveniente de las investigaciones al mejoramiento de la calidad de vida con respecto a las condiciones ambientales, en particular la calidad del aire, el transporte público, las condiciones y hábitos de vida que contribuyen al aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, el control de las enfermedades transmisibles en particular las emergentes y reemergentes como tuberculosis, la Tuberculosis Pleural, Infecciones intrahospitalarias, AH1N1, Neumococo, Toxoplasmosis Gestacional y Neonatal, Meningitis, Meningitis, VIH/sida.

Sistemas de información.

Adicionalmente es necesario prestar atención a áreas prioritarias de salud de acuerdo con las tendencias epidemiológicas de algunas enfermedades manifiestas en el Distrito Capital para prevenir y controlar enfermedades transmisibles y no transmisibles; promover estilos de vida saludables, con comportamientos promotores de la salud, el mejoramiento de espacios para promover ambientes sanos y las condiciones de vida saludables para toda la población. Propiciar entornos físicos seguros: calles, plazas, espacios de transporte público e incluso de viviendas o infraestructuras que se encuentran en situación de riesgo por su ubicación física; seguir con los programas de educación para la prevención de desastres, a la vez que se requiere fortalecer un sistema que responda oportunamente a los desastres; garantizar el acceso de toda la población a los sistemas de salud de manera equitativa y sostenible; incluir en las políticas públicas de salud los insumos sociales, económicos y ambientales necesarios.

También es importante que el sistema de salud contribuya a disminuir la morbimortalidad infantil, la mortalidad materna, la salud ocupacional la discapacidad especialmente en las poblaciones pobres y marginadas y en condición de desplazamiento forzado.

El tema de los servicios de salud en el Distrito Capital se aborda en las investigaciones consultadas evidencia que el tema es de interés, pero no es suficientemente abarcador de un tema que de por sí es bastante amplio y complejo. Temas como la organización en programas de atención, por ejemplo ante situaciones de riesgo o distribución de medicamentos.

Conocer el estado de la salud pública posibilita identificar los perfiles epidemiológicos de morbilidad y mortalidad, especialmente en poblaciones vulnerables (Idrovo, Fernández-

Niño, Bojórquez-Chapela, Ruiz-Rodríguez, Agudelo, Pacheco, Buitrago & Nigenda, 2011). Por otra parte el desarrollo de investigaciones sobre la calidad de vida relacionada con la salud ha permitido que se desarrollen propuestas, instrumentos generales y específicos para la evaluación e intervención problemas generales y específicos de salud individual y colectiva, tal como se observa en algunos de los estudios consultados.

Aportes para nuevas investigaciones.

Una sugerencia es promover la investigación en relación con los sistemas, servicios y políticas de salud, por la afectación directa que estas tienen el acceso de las personas a los servicios de salud con calidad, en la restitución y garantía de la salud como un derecho, y en el mejoramiento de las condiciones de calidad de vida de la población de Bogotá.

Se requiere entender la importancia de un sistema de salud que más que centrarse en un enfoque diferencial para la atención, atienda las problemáticas con enfoque poblacional, por supuesto sin desconocer las características diferenciales de las personas, sobre todo de los grupos étnicos y personas en situación de desplazamiento forzado que llegan a la ciudad. De esta manera se pueden garantizar los derechos de las personas a un sistema de salud de calidad; una perspectiva contraria implica costos humanos importantes y consecuencias económicas relevantes para el sistema.

También es importante que el sistema de salud contribuya a disminuir la morbimortalidad infantil, la mortalidad materna, la salud ocupacional la discapacidad especialmente en las poblaciones pobres y marginadas y en condición de desplazamiento forzado.

Modelos de atención en salud.

El funcionamiento emocional ha mostrado estimadores de validez y confiabilidad menores que otras dimensiones medidas en las escalas de calidad de vida. Por esto, para la consistencia de estos ítems se debe tener en cuenta al utilizar estos instrumentos en diferentes contextos culturales. De allí la relevancia de estudiar las variables emocionales sobre todo en relación con los síntomas físicos que presentan los pacientes.

Las enfermedades crónicas son vistas como un trastorno orgánico que afecta el funcionamiento físico o mental de una persona y con alta frecuencia lleva a la modificación

de sus estilos de vida y de alguno o todos los miembros de la familia o cuidadores, sobre todo porque se trata de problemas que tienden a persistir a lo largo de la vida. Son problemas, que por tanto requieren tomar en consideración los factores de inicio de la enfermedad, los factores ambientales, los estilos de vida, los hábitos, los factores genéticos, los niveles de estrés, la calidad de vida y la persistencia de una enfermedad, que con el paso del tiempo pase a ser crónica (Center for Disease Control and Prevention, 2009).

Las enfermedades crónicas como el cáncer, cardiopatías, enfermedades pulmonares, las enfermedades osteomusculares, diabetes, hipertensión, enfermedades genito-urinarias, enfermedades infecciosas como el VIH/sida, la malaria, las enfermedades materno infantiles, la desnutrición y las carencias nutritivas múltiples son causantes de importantes de muertes en el mundo, Colombia, no escapa a esta realidad.

Desde el punto de vista psicosocial, se encuentra que las enfermedades crónicas son generadoras de altos niveles de estrés, especialmente porque afectan el ajuste psicológico de las personas e incluso, en ocasiones compromete los mecanismos de afrontamiento, haciendo más difícil la adaptación de las personas a la nueva circunstancia a la que se ven enfrentados, no solo de quien la padece, también de la familia (Dobbie & Mellor, 2008). Las personas en estas circunstancias experimentan sentimientos negativos hacia sí mismos, ven comprometida su adaptación a las actividades de la vida diaria, la conservación del estado funcional de quien la padece y de sus allegados (Northam, 1997), se compromete la percepción de la calidad de vida en cada una de sus dimensiones, lo que en ocasiones desencadena trastornos psicológicos y manifestaciones emocionales negativas, e incluso cambio en la filosofía de vida y hacia la vida (Hwu, 1995; Stanton, Reverson & Tennen, 2007).

Las enfermedades crónicas abarcan varios tipos de patologías entre las que se cuentan las enfermedades cardiovasculares, los distintos tipos de cáncer, los trastornos respiratorios crónicos, la diabetes, los trastornos neuropsiquiátricos y de los órganos sensoriales, las enfermedades osteomusculares, las afecciones bucodentales, las enfermedades digestivas, los trastornos genitourinarios, las malformaciones congénitas y las enfermedades cutáneas, de allí que llame la atención de investigadores en diferentes niveles de la salud individual y colectiva.

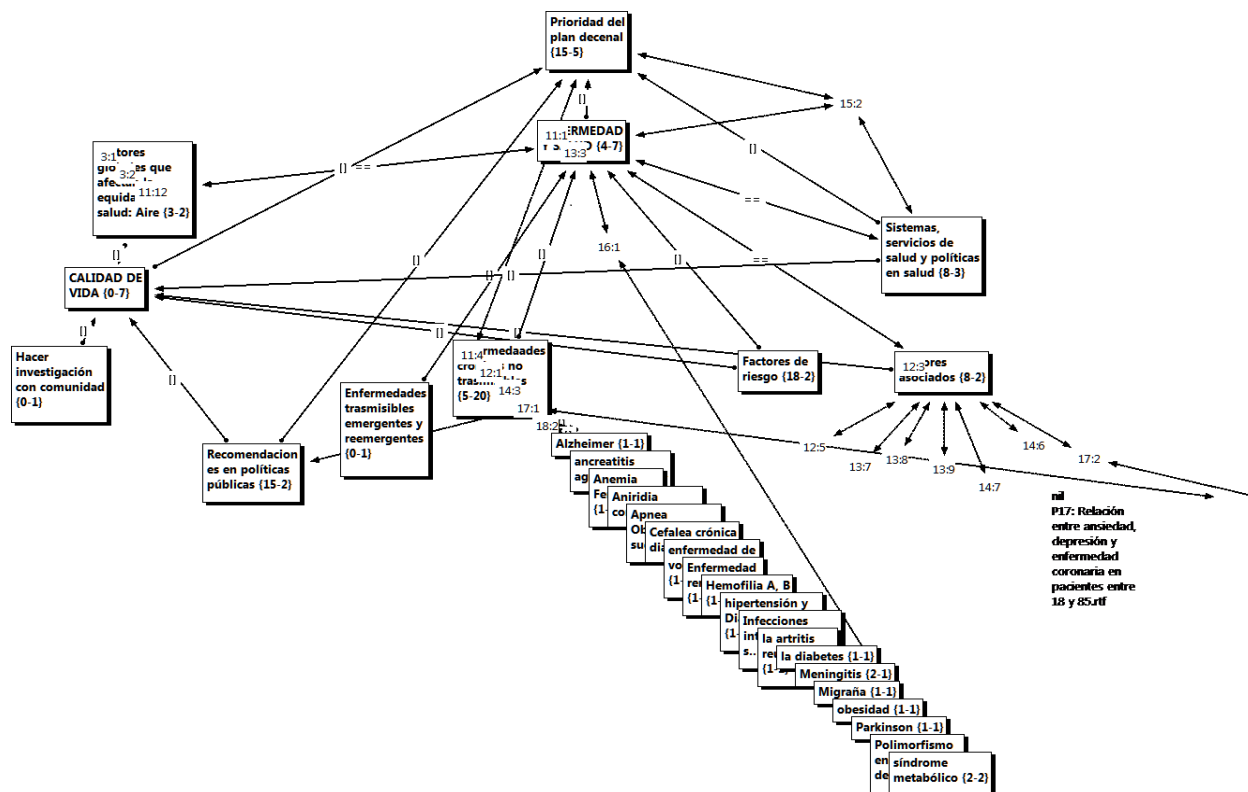


Figura 17. Relación entre sistemas, servicios de salud y políticas públicas.

Capacidades del Talento Humano

Es interesante ver la oferta de programas posgraduales en diferentes campos de la medicina y de otras disciplinas interesadas en temas relacionados con la salud. Quiere decir que desde las universidades e instituciones de salud existe un alto interés por la formación de profesionales en diferentes áreas. Las maestría y los doctorados son los programas que más contribuyen a la formación de investigadores bien sea desde la práctica clínica o la docencia, contribuyen al desarrollo de investigaciones en sus campos de interés o mediante la participación en comunidades de investigadores especializados en un campo particular. Es interesante observar que más allá de la especificidad médica en la investigación, hay otras disciplinas interesadas en temas de salud y calidad de vida, que aportan al desarrollo interdisciplinario de conocimientos y metodologías para atender problemas de interés para la salud pública de Bogotá.

Se observa que la investigación tanto en los temas específicos de calidad de vida, de enfermedades muy particulares y de otras que se han ido manifestando como problemas de

salud pública, ha ido ganando terreno tanto en la academia, como en los espacios hospitalarios y clínicos; lo cual denota cada vez más la vocación de investigadores de profesionales y especialistas en diferentes temas relacionados con la salud.

Las universidades cuentan con centros, decanaturas, institutos o unidades de investigación que orientan la producción investigativa dentro y fuera de las facultades o programas de formación. A su vez las facultades pueden tener su propio centro o unidad de investigación que establece las directrices de la producción de investigación como tesis o mediante la participación de grupos e investigadores en convocatorias de investigación, consultorías o evaluación de política públicas. De acuerdo con el Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología, las universidades participan en la convocatoria de clasificación de grupos e investigadores, de manera que en la plataforma quedan registrados unos y otros. Este registro se constituye en otra evidencia que aporta al conocimiento sobre la producción de conocimiento sobre diferentes temas de las ciencias naturales y sociales, incluidos los de salud, gobernanza, políticas públicas, metodología de intervención, desarrollo de tecnologías en salud, protocolos, sistemas de información, etc.

La investigación en salud en Bogotá es financiada de diferentes formas. Algunas investigaciones son apoyadas con los recursos de las universidades, quienes a través de convocatorias o por medio de los institutos de investigación destinan partidas presupuestales para el desarrollo de proyectos de investigación que respondan a las prioridades e intereses conforme a la misión de la universidad y los propósitos específicos de los programas de formación posgradual, para el caso de esta investigación. Otros recursos provienen del apoyo de Colciencias a grupos de investigación

Dentro de las recomendaciones para el desarrollo de investigaciones, algunos investigadores sugieren la importancia de incrementar la financiación, sobre todo porque hay investigaciones sobre temas como ciertos tipos de cáncer, enfermedades crónicas no transmisibles que requieren alta inversión para la producción de conocimiento sobre ellas y en la aplicación de métodos de evaluación e intervención, aspectos que también demandan inversión importante.

Políticas en salud.

La salud pública por la diversidad de problemas que la afectan requiere cada vez diversificar y fortalecer la capacidad de investigación tanto en las políticas como en los sistemas de salud. Se aboga hoy por nuevas metodologías de investigación para que los resultados de los estudios sobre los temas prioritarios en las agendas, tanto del gobierno nacional como de la administración local, en este caso del Distrito Capital, influyan en los distintos niveles del sistema de salud, incluidas las reformas que sean necesarias para contar con un sistema pertinente y de calidad. Implica entonces ir más allá de los procesos meramente técnicos, para comprender con mayor precisión los procesos e implicaciones de desarrollo y aplicación de las políticas de salud.

La ampliación y producción de nuevos conocimientos debe ser vista como una oportunidad para el diseño y ejecución de las políticas y la cualificación de los sistemas de salud. Para este propósito es relevante conocer la producción investigativa con que se cuenta en el Distrito, adicionalmente se deben incorporar nuevas variables y categorías de análisis, en virtud a que tanto la salud como la enfermedad y las condiciones de calidad de vida varían de manera importante por influencias ambientales, sociales, culturales y biológicas.

Las investigaciones que sobre salud pública se producen deben contribuir al desarrollo teórico-conceptual y metodológico para la producción de conocimiento actualizado sobre los temas de salud, las políticas y los sistemas de gestión de la misma. Adicionalmente deben aportar a la incorporación de categorías de gobernanza que tengan mayor incidencia en las políticas públicas en salud.

El estado del arte hecho sobre la producción investigativa en el Distrito Capital efectuada por instancias académicas, institutos y organismos internacionales sobre temas de salud relevantes para Bogotá, muestra una alta producción de conocimiento desde las universidades especialmente desde los programas de posgrados en distintas áreas de la medicina; algunos aportes se encuentran desde otras áreas y disciplinas como la ingeniería, el derecho, arquitectura, antropología, historia y educación, por mencionar algunas; conocimiento que en diferentes temas de la salud, la enfermedad y la calidad de vida puede contribuir al fortalecimiento de la capacidad investigativa en la capital, a la creación de redes y al fortalecimiento de grupos y líneas de investigación.

La mayoría de los temas investigados concuerdan con las prioridades del plan decenal de Salud Pública. Es importante resaltar que el mayor énfasis de las investigaciones se ubica en los temas biomédicos y de la clínica hospitalaria. A continuación se presentan algunos de

los resultados con respecto a los contextos de visibilidad de la investigación, la plataforma estratégica, el presupuesto asignado y el talento humano dedicado a los procesos de investigaciones en cada hospital.

Aunque no todas las investigaciones hacen explícito el tema de las políticas públicas, se identifica la necesidad de que la producción de conocimiento en salud, calidad de vida y sistemas de salud incorporen en sus fundamentos y análisis las políticas públicas en salud que expiden tanto el Ministerio de Salud y Protección Social (Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social; 200; Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) como las Secretaría Distrital de Salud (Díaz & García, 2013). Que dentro de estas políticas se haga más explícita la gobernanza, de manera que se fortalezca la investigación mediante la financiación estatal, la creación de redes de investigadores y grupos de investigación, la apropiación de los conocimientos de producción internacional para ser adaptados a los sistemas de salud, tanto nacional como regional. Que las instituciones de educación superior hagan una mejor apropiación y uso de las políticas públicas para el desarrollo de investigaciones y producción de conocimiento pertinente y situado de acuerdo con las características y necesidades de la población capitalina, para mejorar los sistemas y general, las condiciones y calidad de la salud.

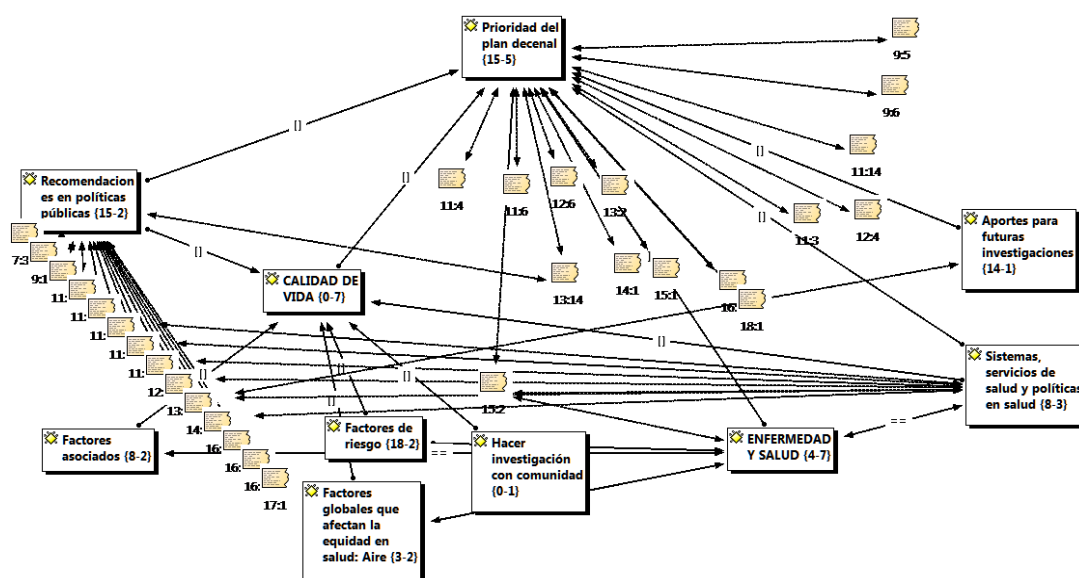


Figura 18. Sistemas de salud y recomendaciones para políticas públicas e investigación.

Los resultados de algunos de los estudios consultados aportan tanto a la evaluación y posibilidad de mejoramiento de las políticas públicas en salud, así como para la producción de investigaciones que se ocupen de temas como la diversidad de las poblaciones que residen en la capital, en buen porcentaje oriundos de otros sectores del país, algunos por las situaciones de violencia que ha vivido el país en décadas recientes y que impacta social, económica a la población víctima (Rincón, 2012). Otro tema abordado es el reordenamiento de la ciudad y su impacto en la salud (Rivera, 2013). También se hacen sugerencias para que se promueva la Interseccionalidades e intersectorialidad en salud para la capital (Hellebrandová, 2013). Finalmente es fundamental que se haga más visible tanto en las políticas públicas como en la investigación, la relación entre género y salud (Camargo & Tique, 2011), etnia y salud (Hellebrandová, 2013).

Aportes para la agenda y las políticas públicas en salud.

Teniendo en cuenta las complejidades de la Capital, que crece exponencialmente en habitantes y problemas, la diversidad de los trabajos de investigación consultados se constituye en una muestra que no abarca ni agota la totalidad de la producción investigativa en los temas de salud física y mental. No obstante, pese a los esfuerzos todavía se requiere un sistema de seguimiento más detallado de los servicios y políticas de salud por los centros de investigación, universidades, programas de posgrados e institutos, pues es frecuente encontrar que la producción de conocimiento no se articula de manera explícita con tales políticas. Por consiguiente, se requiere una mejor y mayor coordinación interinstitucional para tener un mejor conocimiento sobre el conocimiento que se produce sobre la salud, las enfermedad y la calidad de vida en el Distrito Capital.

Por otra parte la persistencia de problemas comunes de salud como las infecciones comunes, los problemas respiratorios por la condición contaminada del aire y el incremento de las enfermedades no trasmisibles y el resurgimiento de enfermedades infecciosas, el aumento de problemas mentales y el uso y abuso de sustancias psicoactivas, los problemas de morbimortalidad infantil y la mortalidad materna son problemas que requieren atención especial por los sistemas de salud, porque con frecuencia su atención se ve afectada por los problemas de acceso a los servicios, la baja calidad de algunos de estos servicios, la demora

en la atención por los trámites en las autorizaciones y por las condiciones de vida, lo cual hace que estos problemas se tornen persistentes en algunos grupos poblacionales más que en otros.

Democracia y participación ciudadana en salud.

El mejoramiento de la calidad de vida en el Distrito Capital exige el desarrollo del plan sectorial de salud, la producción de conocimiento sobre los problemas específicos y producto de las evaluaciones para que se puedan hacer ajustes graduales a las políticas públicas e invertir las tendencias, pues en lugar de que se acrecienten los problemas de salud, que se incremente la calidad de vida como resultado de una aplicación consciente de las políticas con la convicción de que el beneficio será para tanto para los ciudadanos como para el sistema de salud, las instituciones y demás instancias vinculadas a ella.

Se requiere adicionalmente entender la importancia de un sistema de salud que más que centrarse en un enfoque diferencial para la atención, atienda las problemáticas con enfoque poblacional; de esta manera se pueden garantizar los derechos de las personas a un sistema de salud de calidad; una perspectiva contraria implica costos humanos importantes y consecuencias económicas relevantes para el sistema.

Se observa, aunque no se dice en las investigaciones analizadas, coherencia con el plan decenal en salud; no obstante es importante democratizar aún más la atención en salud, de manera que toda la población pueda acceder a los servicios y que estos sean ofrecidos con calidad, independientemente de la capacidad de pago o la facilidad de acceso por la ubicación geográfica en que se encuentran las personas. La salud, aunque ha sido vista como un bien que se vende, no debería ser considerada como una mercancía, un objeto al que se accede mediante procesos de inclusión desigual (Sen & Kliksberg, 2007), por el contrario debe hacer especial énfasis en la inclusión de los grupos menos favorecidos.

Democratizar la salud, es también tener un sistema de salud que responda con calidad, con disposición humana y oportunamente a las necesidades y expectativas de los ciudadanos y de quienes por razón de alguna patología particular no pueden responder por sí mismos. Si bien es cierto el Sistema de salud del Distrito cuenta con políticas, planes y programas de salud para atender las necesidades de los ciudadanos, se requiere mayor equidad, mejor calidad y mayor inversión económica y en infraestructuras para que se gane aún más en la calidad de vida y el bienestar de la población. Lo anterior implica una revisión permanente

de los objetivos propuestos en el plan decenal y hacer los ajustes que sea necesarios en infraestructura, inversión, atención, cobertura y calidad.

En consecuencia se requiere que tanto en lo particular de cada institución como en la constitución de redes interinstitucionales se lleven a cabo investigaciones que hagan visibles la apropiación del conocimiento que sobre salud, enfermedad y calidad de vida produce la capital; que se visibilice la apropiación internacional de este conocimiento y el uso que hacen los sistemas, instituciones y demás entidades de salud del conocimiento internacional para resolver problemas de salud de la ciudad y contribuir con ello al mejoramiento de la calidad de vida de capitalinos y residentes.

Aportes para nuevas investigaciones.

En la producción investigativa consultada se encuentran sugerencias importantes para continuar produciendo conocimiento en diferentes temas de salud y calidad de vida. Así por ejemplo se resalta la importancia de ampliar el conocimiento sobre los factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad, las enfermedades metabólicas complejas, los factores de riesgo relacionados con las enfermedades cardiovasculares y pulmonares, los distintos tipos de cáncer.

Frente a estas y otras enfermedades además de producir más investigación, se sugiere que también se hagan más investigaciones sobre política pública en salud, preferiblemente de carácter interdisciplinar de manera que se cuente con un conocimiento más amplio sobre el desarrollo de las políticas públicas y que no quede tan sólo en manos de las entidades gubernamentales.

Es indispensable que se preste especial atención a la Influencias diferenciales en la salud, como edad, sexo, diferencias culturales, tipos de afecciones en la salud, oportunidades de acceso a los servicios, la calidad de los servicios de salud y la financiación del sistema de salud.

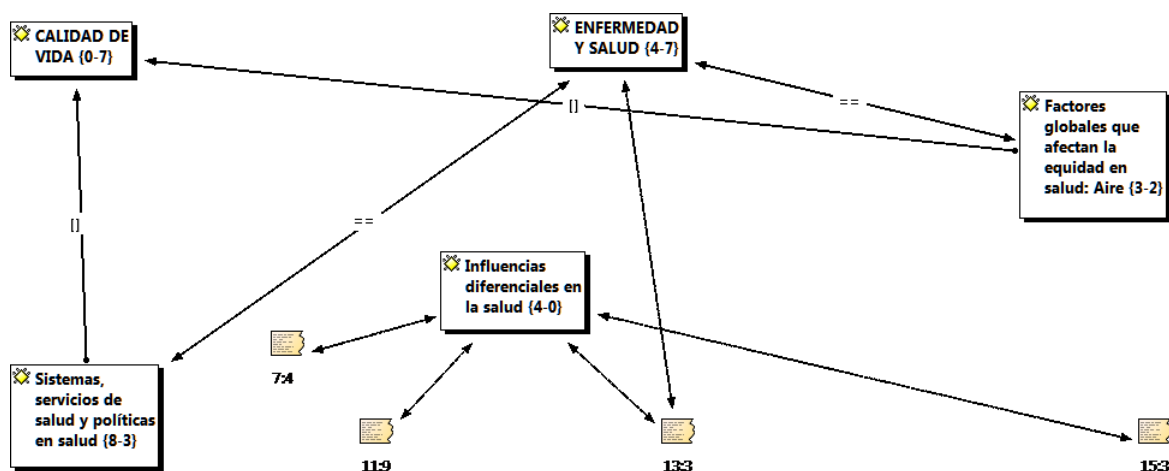


Figura 19. Influencias diferenciales en salud, políticas públicas e investigación.

6.3.6 DISCUSIÓN.

El estado del arte de la producción investigativa en salud en el Distrito Capital, se identifican aporte y sugerencias relevantes para fortalecer la investigación y la política pública en salud tomando en consideración el aporte a la calidad de vida, el respeto de los derechos a la salud y que se tengan en cuenta determinantes personales y sociales, políticos y económicos de la salud y la enfermedad; aspectos que se consideran importantes para ofrecer atención y programas de prevención de calidad y pertinente a las necesidades en salud que tiene la capital y para el desarrollo de investigaciones de acuerdo con las prioridades en la equidad y determinantes sociales de la salud. (OMS, 2004 y la CDSS, 2005). Los resultados aportan a las reflexiones sobre la salud, la enfermedad y la calidad y a las tres ejes de la agenda en investigación de la Secretaría Distrital de Salud: 1. *Factores globales que afectan la salud*, 2. *Estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de la población*, 2. *Sistemas, Servicios Políticas De Salud, dentro del marco de Prioridades en el Plan Decenal de Salud Pública de Bogotá*. Inicialmente se presentan algunas reflexiones sobre el tema de calidad de vida, que es recurrente en las investigaciones consultadas para la elaboración del Estado del Arte. Posteriormente se abordan los aportes a las *Prioridades en el plan decenal de salud pública* y por último, los tres ejes antes mencionados.

Calidad de vida.

La Calidad de vida relacionada con la salud ha sido uno de los temas de interés para las ciencias de la salud y las ciencias humanas. Aunque el concepto de calidad de vida ha sufrido cambios en las últimas décadas, sigue vinculado al cuidado de la salud personal y la salud pública. (Schwartzmann, 2003; Badía & Lizán, 2006). Hoy la calidad de vida relacionada con la salud se orienta fundamentalmente al estudio y transformación de los estados de salud y el cuidado público-sanitario de la salud (OMS, 2005; CDSS, 2005; OMS, 2011). Implica que tanto las personas, como las instituciones de servicios de salud y organismos del estado encargados de las políticas y disposiciones en temas de salud presten atención a los procesos de evaluación con respecto a las limitaciones biológicas, psicológicas y sociales que generan problemas de salud y afectan la calidad de vida de personas y comunidades (Quiceno & Vinaccia, 2008).

El estudio de la calidad de vida en relación con la salud, el bienestar físico y psicológico, el cuidado personal y colectivo ha venido ampliando su espectro de análisis, se incluye la salud física: funcionamiento físico, discapacidades físicas, dolor corporal y la salud en general que limita el desempeño físico. También abarca la salud mental: funcionamiento social, trastornos afectivos, esquizofrenia, psicosis, problemas emocionales e impacto en el desempeño de roles y las actividades de la vida cotidiana y que compromete la propia autonomía, independencia y competencia (Shumaker & Naughton, 199); o el bienestar emocional cuando se experimentan problemas de salud o ante situaciones generales de la vida que se afectan el estado emocional, entre otros temas que afectan la salud individual y colectiva (Oliveros-Cid, Oliveros-Juste & Cid, 2005).

Factores globales que afectan la salud.

Los modos de vida personal inciden de manera importante en la salud, por ejemplo los estilos relacionados con la salud sexual y reproductiva (Ault, et al 1998; Knapp, León, Mesa & Suárez, 2003; Gazzinelli, Dos Reis & De Mattos, 2005; Low, et al 2006; Dutta, Jha, Salhan, & Mittal, 2008; Collazos, 2012). También las circunstancias personales, factores sociales, económicos, culturales e incluso de violencia y vulneración de derechos humanos (Naciones Unidas, 1991) como ha sucedido en Colombia con la violencia política que por décadas ha vivido pueden incidir en problemas de salud mental (OMS, 2001).

Eventos fundamentales como la celebración, en por lo menos 115 países del día mundial de la salud, desde su instauración se ha constituido en uno de las fuentes de

concientización tanto de la sociedad como de los gestores de políticas pública y de los ejecutores de las mismas, a los prestadores de servicios, a los usuarios y las familias, las entidades de salud y medios de comunicación han propiciado que el tema sea incluido en la investigación, en las agendas de salud bajo dos consignas fundamentales “atreverse a cuidar” y “no a la exclusión” (OMS, 2001; Becerra, Minayo, Quental & de Haan, 2014) .

La salud es el recurso más importante que puede tener un ser humano. Ningún bien material, social o económico, por excelente que sea, tiene razón de ser si no se disfruta de una buena salud. Su cuidado no se puede delegar a otra persona, es compromiso y responsabilidad de cada uno, como lo ha reiterado la OMS. La forma como las personas estructuran la vida, los hábitos que generan para vivirla, el nivel de estrés, el sedentarismo y el manejo emocional y afectivo guardan relación directa con la buena o deficiente salud. De allí la importancia de la visión global del ser humano y su salud. Hoy cada vez es más notorio que pese a que los resultados buenos en diferentes exámenes médicos que requieren muchas personas, aumenta el número de personas que aquejan malestares de distinto tipo debido a las presiones que se viven en la vida cotidiana. En otros términos hay muchas personas con dolencias emocionales y espirituales.

Siendo las ciencias de la salud un amplio campo de conocimiento y desarrollo científico y tecnológico, es claro que no tiene la solución para todos los problemas que afectan la salud física, psicológica y espiritual de los seres humanos. No obstante asumiendo una perspectiva de corresponsabilidad, es posible identificar un conjunto de situaciones que pueden ser previstas.

Estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de las poblaciones.

Distintas investigaciones consultadas sugieren la necesidad de que los resultados de las investigaciones lleguen a las instancias encargadas de la producción de conocimiento sobre la salud, a los gestores y responsables de las políticas públicas e salud, a las entidades gubernamentales y no gubernamentales financiadoras de investigaciones a fin de consolidar programas de investigación (AMS, 2010; World Health Assembly, 2010; Tomilson & Chopra, 2011) de acuerdo con las prioridades del Distrito. Son resultados que bien pueden contribuir a mejorar la salud de la población capitalina.

Se abordan también aspectos de la vida cotidiana que inciden en la calidad de vida de personas y poblaciones como los aspectos económicos, las preocupaciones existenciales, la

salud y el funcionamiento sexual, la imagen corporal, las preocupaciones excesivas por la salud, los efectos o impactos de diagnósticos como en el caso del cáncer, la capacidad de superación de enfermedades y del tratamiento; así como el grado de satisfacción de las personas por la atención y los cuidados médicos y hospitalarios, cuando el problema así lo requiere.

Es importante promover una mayor coordinación entre los investigadores e instituciones de educación superior, institutos, laboratorios, instituciones de salud, clínicas y hospitales, para aprovechar mejor la producción investigativa en salud y para generar investigaciones con pertinencia para la ciudad. El mejoramiento de la calidad de vida en el Distrito Capital exige el desarrollo de un plan sectorial de salud (Becerra, Salgado, Cuervo & Montorzi, 2014) la producción de conocimiento sobre los problemas específicos y producto de las evaluaciones para que se puedan hacer ajustes graduales a las Políticas Públicas en Salud e invertir las tendencias, pues en lugar de que se acrecienten los problemas de salud, que se incremente la calidad de vida como resultado de una aplicación consciente de las Políticas Públicas con la convicción de que el beneficio será para tanto para los ciudadanos como para el sistema de salud, las instituciones y demás instancias vinculadas a ella.

Diferentes investigaciones del corpus consultado se incluyen sugerencias para responder a la necesidad de contar con programas de prevención de enfermedades comunes y de adquisición genética y de promover comportamientos saludables para disminuir los factores de riesgo y mejora la calidad de vida individual y comunitaria, temas fundamentales en las políticas públicas en salud y que deben ser más investigadas.

Sistemas, servicios y políticas de salud.

La calidad de vida en relación con la salud ha venido ampliando su espectro de análisis, se incluye la salud física: funcionamiento físico, discapacidades físicas, dolor corporal y la salud en general que limita el desempeño físico. También se ha incluido la salud mental desde el funcionamiento social, trastornos afectivos, esquizofrenia, psicosis, problemas emocionales e impacto en el desempeño de roles y las actividades de la vida cotidiana y que compromete la propia autonomía, independencia y competencia (Naughton, Shumaker & Czajkowski, 1996); o el bienestar emocional cuando se experimentan problemas de salud o ante

situaciones generales de la vida que se afectan el estado emocional, entre otros temas que afectan la salud individual y colectiva (Oliveros-Cid, Oliveros-Juste & Cid, 2005).

Sostener los resultados obtenidos en algunos temas de salud y propiciar soluciones o mejores condiciones de atención para otros, requiere la cooperación entre los diferentes sectores, instituciones de salud, la academia y demás instancias vinculadas con la salud (Becerra, Salgado, Cuervo & Montorzi, 2014). Que en la agenda de la salud pública se amplíen las investigaciones en los problemas comunes, pero también que se incorporen otros problemas de salud derivados de los desplazamientos internos, los desastres ambientales, la contaminación ambiental cada vez mayor y los procesos de urbanización que con frecuencia propician problemas de salud pues buena parte de la población que ingresa a la capital se ubica en sectores de periferia en los cuales además de las privaciones sociales y económicas, la carencia de servicios y condiciones adecuadas de salubridad, los servicios o el acceso a la salud, en parte por la inserción laboral y la capacidad de pago de las personas y familias, se dificulta por tales condiciones.

Las investigaciones consultadas muestran que si bien es cierto en la capital se investiga sobre distintos problemas, aún hay vacíos que se deben resolver con programas de investigación más sistemáticos y articulados con y a las políticas públicas que en materia expide tanto el Ministerio de Salud y Protección Social como la Secretaría de Salud del Distrito. Se requiere mayor conocimiento sobre enfermedades infecciosas, procesos de evaluación de enfermedades crónicas o sobre procesos de intervención que garanticen mejores condiciones de vida en la capital. Uno de estos problemas es el de la contaminación del medio ambiente cuyos efectos se evidencian en los problemas respiratorios, especialmente en la población infantil y en los adultos mayores. Es importante tener presente que la salud y la calidad de vida son inversiones para un desarrollo con oportunidades y en condiciones equitativas en un marco de derechos (World Health Organization, 2008; Becerra, Salgado, Cuervo & Montorzi, 2014). En la medida en que la ciudad se complejiza poblacionalmente, el desarrollo social, económico, de bienestar y salud de la población debe mejorar, pues las implicaciones sociales y económicas de la salud deficiente de la población implican consecuencias negativas para su desarrollo, las cuales se sumarían a otras problemáticas más que afectan la calidad de vida en la ciudad.

Se requiere adicionalmente entender la importancia de un sistema de salud que más que centrarse en un enfoque diferencial para la atención, atienda las problemáticas con

enfoque poblacional; de esta manera se pueden garantizar los derechos de las personas a un sistema de salud de calidad (Becerra, Salgado, Cuervo & Montorzi, 2014); una perspectiva contraria implica costos humanos importantes y consecuencias económicas relevantes para el sistema.

Es indispensable democratizar aún más la atención en salud, de manera que toda la población pueda acceder a los servicios y que estos sean ofrecidos con calidad, independientemente de la capacidad de pago o la facilidad de acceso por la ubicación geográfica en que se encuentran las personas. La salud, aunque ha sido vista como un bien que se vende, no debería ser considerada como una mercancía, un objeto al que se accede mediante procesos de inclusión desigual (Sen & Kliksberg, 2007), por el contrario, se debe hacer especial énfasis en la inclusión de los grupos menos favorecidos.

6.3.7 CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta las complejidades de la Capital, que crece exponencialmente en habitantes y problemas, la diversidad de los trabajos de investigación consultados se constituye en una muestra que no abarca ni agota la totalidad de la producción investigativa en los temas de calidad de vida, salud física y mental, medio ambiente, trabajo, seguridad alimentaria, desarrollo urbano y modos de vida con poblaciones diferentes, algunas en situación de desplazamiento forzado por la violencia, con características diversas por raza, edad, género, condiciones socioeconómicas y, finalmente en los sistemas , servicios y políticas de salud.

Por consiguiente, pese a los esfuerzos, todavía se requiere un sistema de seguimiento más detallado de los servicios y políticas de salud por los centros de investigación, universidades, programas de posgrados e institutos, pues es frecuente encontrar que la producción de conocimiento no se articula de manera explícita con tales políticas. Ello implica que se requiere una mejor y mayor coordinación interinstitucional para tener un mejor conocimiento sobre la investigación que se produce sobre la salud, las enfermedad y la calidad de vida en el Distrito Capital.

De hecho, las investigaciones consultadas muestran que si bien es cierto en la capital se investiga sobre distintos problemas, aún hay vacíos que se deben resolver con programas de investigación más sistemáticos y articulados a las políticas públicas en salud para el

Distrito Capital. Se requiere mayor conocimiento sobre enfermedades infecciosas, procesos de evaluación de enfermedades crónicas o sobre procesos de intervención que garanticen mejores condiciones de vida en la capital. Es importante tener presente que la salud y la calidad de vida son inversiones para un desarrollo con oportunidades y en condiciones equitativas en un marco de derechos. En la medida en que la ciudad se complejiza poblacionalmente, el desarrollo social, económico, de bienestar y salud de la población debe mejorar, pues las implicaciones sociales y económicas de la salud deficiente de la población implican consecuencias negativas para su desarrollo, las cuales se sumarían a otras problemáticas más que afectan la calidad de vida en la ciudad.

Por otra parte la persistencia de problemas comunes de salud como las infecciones comunes, los problemas respiratorios por la condición contaminada del aire y el incremento de las enfermedades no transmisibles y el resurgimiento de enfermedades infecciosas, el aumento de problemas mentales y el uso y abuso de sustancias psicoactivas, los problemas de morbilidad infantil y la mortalidad materna son problemas que requieren atención especial por los sistemas de salud, porque con frecuencia su atención se ve afectada por los problemas de acceso a los servicios, la baja calidad de algunos de estos servicios, la demora en la atención por los trámites en las autorizaciones y por las condiciones de vida, lo cual hace que estos problemas se tornen persistentes en algunos grupos poblacionales más que en otros.

Las investigaciones muestran que se han obtenido logros importantes en el tema de salud pública; sin embargo, mantener estos logros y propiciar soluciones o mejores condiciones de atención para otros, requiere la cooperación entre los diferentes sectores, instituciones de salud, la academia y demás instancias vinculadas con la salud. Que en la agenda de la salud pública se amplíen las investigaciones en los problemas comunes, pero también que se incorporen otros problemas de salud derivados de los desplazamientos internos, las migraciones, los desastres ambientales, la contaminación ambiental cada vez mayor y los procesos de urbanización que con frecuencia propician problemas de salud pues buena parte de la población que ingresa a la capital se ubica en sectores de periferia en los cuales además de las privaciones sociales y económicas, la carencia de servicios y condiciones adecuadas de salubridad, los servicios o el acceso a la salud, en parte por la inserción laboral y la capacidad de pago de las personas y familias, se dificulta por tales condiciones.

Por consiguiente, es importante promover la participación de personas, grupos y comunidades, pues también es tarea de los ciudadanos ocuparse de su propia salud y contribuir a disminuir los factores de riesgo que la afectan y aportar al diseño de las agenda sectorial y en la toma de decisiones, pues el tema de la salud y la calidad de vida es un tema que compete a toda la sociedad civil y a las instancias gubernamentales. En este sentido, contar con sistemas de información actualizados y proveer conocimiento oportuno sobre problemas generales para prevenir su propagación para asumir la responsabilidad entre todos.

REFERENCIAS

- Allen, H.M., Bentler, P.M., & Gutes, B.A. (1985). Probing Theories of Individual Wellbeing: A Comparison of Quality-of-life Models Assessing Neighborhood Satisfaction. *Basic and Applied Social Psychology*, 6(3), 181-203.
- Alves, H., & Escorel, S. (2013). Processos de exclusão social e iniquidades em saúde: um estudo de caso a partir do Programa Bolsa Família, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 34(6), 429-436.
- Antonovsky A. (1979). *Health, Stress, and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*. San Francisco, USA: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco, USA: Jossey-Bass.
- Apel, K. O. (1998). *From a transcendental semiotics points of view*. Manchester:
- Ault, K.A., Statland, B.D., Smith M.M., Dozier, D.I., LJoachims, . M.L. & Gunter, J. (1998). Antibodies to the Chlamydial 60 Kilodalton Heat Shock Protein in Women with Tubal. Factor Infertility. *Infectious Diseases in obstetrics and Gynecology*, 6, 163-167.
- Barrionuevo-Rosas, L., Palència, L., & Borrell, C. (2013). ¿Cómo afecta el tipo de seguro de salud a la realización del Papanicolaou en Perú?. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 34(6), 393-400.
- Becerra-Posada, F., Salgado de Snyder, N., Cuerdo, L. G. & Mentorzi, G. (2014). Agendas de investigación priorizadas: un recurso estratégico para la salud en América Latina. *Revista Pana Salud Pública*. 36(69). 361-367.
- Bello, S., Rodríguez, M., Paredes, A., Mendivelso, F., Walteros, D., Rodríguez, F. & Realpe, M. E. (2012). *Comportamiento de la vigilancia epidemiológica de la leptospirosis humana en Colombia, 2007-2011*. Bogotá, Colombia: Instituto Nacional de la Salud.
- Boorse, C. (1987). Concepts of health. En Van-DeVeer, D., & Regan, T. (Eds.). *Health care ethics: An introduction*. (pp. 359-393). Philadelphia, USA: Temple University Press.
- Bowling, A. (1991). *Measuring health: A review of quality of life measurement scales*. Philadelphia: Open University Press.

- Brickman, P., & Campbell, D.T. (1971). Hedonic relativism and planning the good society. En M.H. Apley (Ed.), *Adaptation-level theory: A symposium* (pp. 287-302). New York, USA: Academic Press.
- Brown, M., & Gordon, W.A. (1999). Quality of Life as a Construct in Health and Disability Research. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 66(3), 160-169.
- Bueno, R.E., Moysés, S.T., Reis, P.A., Bueno, Moysés, S.J. (2013). Governança, sustentabilidade e equidade no plano de saúde de São José dos Pinhais, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 34(6), 416-421.
- Buitrago, E. M. T. (2013). *Discapacidades peregrinas; Construcciones Sociales de la Discapacidad en Colombia: Aportes para Salud Pública la desde una Perspectiva Crítica*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Camargo, R. C. & Tique, Z. G. (2011). *Promoción de la salud en la primera infancia: estrategia jardines infantiles promotores de la salud para la localidad de Santa Fe - Bogotá D.C.* Bogotá, Colombia: Universidad Católica de Colombia.
- Carver, Ch.S. (1998). Resilience and Thriving: Issues, Models, and Linkages. *Journal of Social Issues*, 54(2), 245-266.
- Castro, N. L., castro, N. M. A. & Navarro, M. J. (2008). *Metodología de las Ciencias Sociales. Una introducción crítica*. Madrid: Técnos.
- Centers for Disease Control and Prevention, U.S. (2009). *Chronic diseases: The power to prevent, the call to control*. Recuperado de: www.cdc.gov/nccdphp/publications/AAG/chronic.htm en octubre de 2014.
- Cifuentes, M. R. (1993). Una perspectiva hermenéutica para la construcción de estados del arte. *Cuadernillos de Trabajo Social No. 3*. Manizales, Colombia: Universidad de Caldas. Facultad de Trabajo Social.
- Cifuentes, M. R. (1993). Una perspectiva hermenéutica para la construcción de estados del arte. *Cuadernillos de Trabajo Social No. 3*. Manizales, Colombia: Universidad de Caldas. Facultad de Trabajo Social.
- Collazos, A. J. (2012). Representaciones sociales sobre la salud sexual y la sexualidad de adolescentes sordos y oyentes en Bogotá. Colombia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Doctorado de Salud Pública.
- Collazos, C., Carrasquilla, Gabriel., Ibáñez, M. & López, L. E. (2010). *Prevalencia de sintomáticos respiratorios en instituciones prestadoras de servicios de salud de*

- Bogotá, D.C., junio de 2005 a marzo de 2006. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Collie-Akers, V.L., Fawcett, S.B., & Schultz, J.A. (2013). Measuring progress of collaborative action in a community health effort. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 34(6), 422-428.
- Díaz, L. M. & García, S. (2013). *Agenda de Investigaciones para la Salud*. Bogotá, Colombia: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Planeación y Sistemas Investigaciones y Cooperación.
- Diener, E. (2000). Subjective Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Dilthey, W. (2000) El surgimiento de la hermenéutica. En W. Dilthey. *Dos escritos sobre hermenéutica: El surgimiento de la Hermenéutica y los Esbozos para una crítica de la razón histórica*. (A. Gómez, R. Trad.). Madrid: Istmo Ágora de Ideas.
- Dobbie, M. & Mellor, D. (2008). Chronic Illness and its impact: considerations for Psychologists. *Psychology, Health & Medicine*, 13(5), 583-590.
- Dutta R., Jha, R. Salhan, S. & Mittal, A. (2008) Chlamydia trachomatis-Specific Heat Shock Proteins 60 Antibodies can serve as Prognostic Marker in secondary Infertile Women. *Infection* 2008, 4, 375-378.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196, 129–136.
- Escuela Virtual para América Latina y el Caribe - Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo. (s.f.). *Qué es el Desarrollo Humano?*. Recuperado el 2 de noviembre de 2010. http://www.escuelapnud.org/public/index.php?id=pag&id2=dh_que_es&p=dh
- Estévez, G. J. (2010). *Exposición laboral a contaminación atmosférica: material particulado y efectos respiratorios en la salud de policías de tránsito de Bogotá, Colombia 2008-2009*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Etienne, C.F. (2013). Los determinantes sociales de la salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 34(6), 277-378.
- Ferrans, C.E., Zerwic, J.J., Willbur, J.E., & Larson, J.L. (2005). Conceptual Model of Health-Related Quality of Life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336-342.
- Fiorentino, M.T. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 95-114.

- Gadamer, Hans-Gorge (1977), *Verdad y método*, (Trad. de Agapito Serrano y Ana Agud). Salamanca: Sígueme.
- Gazzinelli, F., dos Reis, D. & de Mattos, P. (2005). Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cadernos de saúde Publica*, 21 (1), 200-2006.
- Gómez, L. C. (2014). Una aproximación a la preparación y respuesta en emergencias y desastres para eventos zoonóticos y vectoriales. Colombia, 2012 2013. Bogotá, Colombia: Instituto Nacional de la Salud. *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional (IQEN)*.19 (3), 27-37.
- Gonzáles, P., Bousoño, M., González-Quirós, M., Pérez, C., & Bobes, J. (1993). Evaluación de la calidad de vida. *Psiquiatría*, 5(6), 20-32.
- Guinchart, C. & Menou, M. (1983). *Introducción General a las ciencias y técnicas de la información y de la documentación*. París, Francia: UNESCO.
- Hamilton, J.A., Phillips, K.L., & Green, A. (2004). Integral medicine and health. *World Futures*, 60, 295–302.
- Hellebrandová, K. (2013). El proceso de etno-racialización y resistencia en la era multicultural: Ser negro en Bogotá. Bogotá, Colombia: *Universitas Humanística*. 77(77), 145-168.
- Hoyos, B. C. (2000). *Un modelo para la investigación documental. Guía teórica-práctica sobre construcción de Estados del Arte*. Medellín, Colombia: Señal Editora.
- Hunt, S.M. (1997). The problem of quality of life. *Quality of Life Research*, 6, 205–212.
- Hwu, Y. (1995). The Impact Of chronic illness on patients. *Rehabilitation Nursing*, 20, 221-225.
- Idrovo, Á., Fernández-Niño, J., Bojórquez-Chapela, I., Ruiz-Rodríguez, M., Agudelo, C., Pacheco, O., Buitrago, N. & Nigenda, G (2011). Percepción de competencias en epidemiología en México y Colombia durante la epidemia de influenza A (H1N1) entre estudiantes de salud pública. *Panamerican Journal of Public Health*. 30(4), 361–369.
- Isambert, A. (1961). Personal Maturity and Parent Education. *Marriage and Family Living*, 23(2), 154-161.
- Jablensky, A. (2007). ¿Necesita la Psiquiatría un concepto unitario de «trastorno mental»? *World Psychiatry*, 5(3 Ed Esp), 157-158.

- Jackson, S.F., Birn, A-E., Fawcett, S.B., Poland, B., & Schultz, J.A. (2013). Synergy for health equity: integrating health promotion and social determinants of health approaches in and beyond the Americas. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 34(6), 473-480.
- Juárez, F. (2010). *Salud y calidad de vida. Marcos teóricos y modelos*. Madrid, España: Dykinson.
- Juarez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79.
- Kahn, R.L., & Juster, F.Th. (2002). Well-Being: Concepts and Measures. *Journal of Social Issues*. 58(4), 627-644.
- Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207–222.
- Knapp, E., León, I., Mesa, M. y Suárez, M. (2003). Representación social de la salud humana. *Revista Cubana de Psicología*, 20 (2), 153- 165.
- Kolcaba, R. (1997). The primary holism in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 290-296.
- Lara, M.I. (2012). *Evaluación de auditoría de la calidad aplicada a IPS de servicios domiciliarios de salud en Bogotá*. Bogotá, Colombia: Universidad del Bosque.
- López, O. C. (2012). *Revisión sistemática "Incidencia de las secuelas de infección por Chlamydia Trachomatis"*. Bogotá: Especialización en Obstetricia y Ginecología.
- Low, N., Egger, M., Sterne, J. A, et al. (2006). Incidence of severe reproductive tract complications associated with diagnosed genital chlamydial infection: the Uppsala Women's Cohort Study. *Sex Transm Infect*, 82(3), 212–218.
- Mantilla, J., Ramírez, J. & Rojas, N. (2010). *Modelación de la generación de material particulado en función de la composición del combustible*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ingeniería.
- Marmot, M., Filho, A.P., Vega, J., Solar, O., & Fortune, K. (2013). Acción con respecto a los determinantes sociales de la salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 34(6), 382-384.
- Mezrich, J.E. (2005). Positive Health: Conceptual Place, Dimensions and Implications. *Psychopathology*, 38,177-179.

- Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social (2005). Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Ca, Colombia: C&C Gráficas Ltda
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional de Colombia.
- Montero, M. & Hochman, E. (2005). *Investigación Documental. Técnicas y Procedimientos*. Venezuela: Editorial Panapo.
- Moreno, V. K. (2011). *Análisis de la relación entre estrategias de gestión logística humanitaria y el tiempo de respuesta en la atención de desastres, por medio de la metodología integral y dinámica*. Bogotá, Colombia: Universidad de la Sabana.
- Muldoon, M., Barger, S., Flory, J., & Manuck, S. (1998). What are quality of life measurements measuring?. *British Medical Journal*, 316, 542-545.
- Mullings, J.A., McCaw-Binns, A.M., Archer, C., & Wilks, R. (2013). Gender differences in the effects of urban neighborhood on depressive symptoms in Jamaica. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 34(6), 385-392.
- Muñoz, A. I., Vargas, M., Otero, L., Díaz, G. & Guzmán, V. (2011). Presencia de *Listeria monocytogenes* en alimentos listos para el consumo, procedentes de plazas de mercado y delicatessen de supermercados de cadena, Bogotá, D.C, 2002-2008. *Biomédica*, 31, 428-439.
- Naciones Unidas (1991). *La protección de las personas con trastornos mentales y el mejoramiento de la atención*. En www.un.org/ga/documents/gadocs/htm.
- Najman, J.M., & Levine, S. (1981). Evaluating the Impact of Medical Care and Technologies on the Quality of Life: A Review and Critique. *Social Science & Medicine*, 15, 107-115.
- Naughton M. J., Shumaker, S. A. & Czajkowski, S. M. (1996). *Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales*. En *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Spiker, B. Cap. 15, 117-131. New York: Lippincott-Raven.
- Nordenfelt, L. (2006). On health, ability and activity: Comments on some basic notions in the ICF. *Disability and Rehabilitation*, 28(23), 1461-1465.
- Northam, E. (1997). Psychosocial impact of chronic illness on children. *Journal of Pediatric Child Health*, 33, 369-372.

- O'Donnell, M.P. (1989). Definition of health promotion: part III: expanding the definition. *American Journal of Health Promotion*, 3, 3-5.
- Oliveros-Cid, A., Oliveros-Juste, A. & Cid, M. A. (2005). Calidad de vida y discapacidad del anciano epiléptico. En F. J. Vadillo-Olmo & J. A. Mauri-Llerda (Eds.). *Crisis y epilepsia en el anciano* (pp. 169-196). Barcelona, España: Viguera Editores.
- OPS. (2000). La salud y la salud pública en la historia. En: OPS/OMS. *Salud pública en las Américas*. Capítulo 4: Fundamentos de la renovación conceptual. Washington D. C.: La Organización, p. 47.
- Organización Mundial de la Salud –OMS- (2001). El informe mundial de la salud 2001. Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud –OPS- (1998). La Salud en las Américas Edición de 1998. I. Publicación Científica No. 569. Washington: OPS.
- Paolino, M., Sankaranarayanan, R., & Arrossi, S. (2013). Determinantes sociales del abandono del diagnóstico y el tratamiento de mujeres con Papanicolaou anormal en Buenos Aires, Argentina. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 34(6), 437-445.
- Parish, Th.S., & Van Dusen, L. (2007). The Personal Choice Model Regarding Mental Health. *International Journal of Reality Therapy*, 26(2), 41-42.
- Pedraza, M. L., García, A. C.A. & Muñoz, S. A. (2012). Caracterización de pacientes con tuberculosis y tuberculosis resistente a múltiples medicamentos en instituciones de tercer nivel de Bogotá D.C. *Revista electrónica Enfermería global*. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000100008. 25.
- Perdomo, R. S. (2011). *Relación salud ambiente en menores trabajadores en la localidad Antonio Nariño en el 2006 - estudio de caso* – Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Medio Ambiente y Desarrollo.
- Pereira, F. (2013). Caracterización sociodemográfica de las consultas psiquiátricas derivadas de una administradora de riesgos laborales al Instituto de Neurociencias Universidad El Bosque INUB (enero 2011- febrero 2013). Bogotá: Universidad del Bosque. Facultad de Medicina.
- Ricoeur, P. (1987). Autocomprensión e historia, en *Paul Ricoeur: Los caminos de la interpretación*. T. Calvo M. & R. Avila C. (1991). (Eds.). Barcelona: Anthropos.

- Rincón L. D. (2012). *Identificación de la responsabilidad social corporativa como estrategia competitiva de la IPS Cuidarte Tu Salud SAS durante el año 2012*. Bogotá Colombia: Universidad del Rosario.
- Rivera, G. H. (2013). Elementos atípicos y contaminación visual urbana en un sector de la zona centro de Bogotá. Universidad de la Salle: *Revista Epsilon*. 83-105.
- Riveros, C. (2010). Implementación de 'Escuela de espalda' mediante la técnica de 'Core' en una fábrica de geotextiles para la prevención del dolor lumbar. Bogotá: Universidad del Rosario. *Revista Ciencias de la Salud*. 9(1), 57-71.
- Ruiz-Sternberg, Á. M., Beltrán-Rodríguez, J., Latorre-Santos, C. & Ruiz-Sternberg, J. E. (2010). ¿Existe asociación entre los comportamientos de riesgo en salud sexual y reproductiva y el ser estudiante de medicina? estudio de corte transversal. Bogotá (Colombia). Bogotá, Colombia: *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*.
- Russell, E., Johnson, B., Larsen, H., Novilla, L.M.B., van Olmen, J., & Swanson, R.Ch. (2013). Health systems in context: a systematic review of the integration of the social determinants of health within health systems frameworks. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 34(6), 461-467.
- Sadegh-Zadeh, K. (2000). Fuzzy health, illness and disease. *The Journal of Medicine and Philosophy* 25, 605–638.
- Salovey, P., Mayer, J.D., Goldman, S.L., Turvey, C., & Palfai, T.P. (1995). Emotional Attention, Clarity, and Repair: Exploring Emotional Intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J.W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure, and Health* (pp. 125-154). Washington, D.C., USA: American Psychological Association.
- Sánchez, G., Nova, J. & Arias, N (2010). *Adaptación cultural del formulario EORTC QLQ CR-29 para su aplicación en pacientes con cáncer de recto en el Instituto Nacional de Cancerología de Colombia*. Bogotá, Colombia: Instituto Nacional de Cancerología.
- Sánchez, R., Ballesteros, M. & Ortiz, N. (2010). *Análisis de la validez de contenido de la escala FACT-G mediante técnicas de escalamiento multidimensional*. Bogotá, Colombia: Instituto Nacional de Cancerología (INC) y la Universidad Nacional de Colombia.
- Sánchez,, I. Y. & Sánchez, L.C. (2013). *Las redes integradas de servicios de salud, como aporte a la red de servicios maternos perinatales en Bogotá*. Bogotá, Colombia: Universidad del Bosque.

- Schleiermacher, F. (1974). *Hermeneutik*. H. Kimmerle (Ed.). Heidelberg: Akademier der Wissenschaften philosophisch-historische Klasse.
- Schleiermacher, F. (1999). Los discursos sobre hermenéutica. *Cuadernos de Anuario Filosófico*. Pamplona: Edición de Lourdes Flamarique.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2011). *Propuesta de lineamiento de la política distrital de sexualidad de Bogotá 2012 – 2022*. Bogotá: Autor.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2012). *Política para la salud y calidad de vida de las trabajadoras y los trabajadores de Bogotá D.C*. Bogotá: Autor.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (s.f.a). *Política Pública “Bogotá sin dolor”*. Bogotá: Autor.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (s.f.b). *Cero indiferencia con la mortalidad materno y perinatal*. Bogotá: Autor.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (s.f.c). *Líneas de acción en las enfermedades crónicas*. Bogotá: Autor.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (s.f.d). *Política de Provisión de Servicios de la salud para Bogotá, D.C*. Bogotá: Autor.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (s.f.e). *Política pública de participación social en salud y servicio al ciudadano*. Bogotá: Autor.
- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Sen, A. & Kliksberg, B. (2007). *Primero la gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado*. Barcelona: Deusto.
- Sevillado, C. A. F. & Cabarcas, L. M. P. (2012). *Factores de riesgo psicosocial en población de docentes de 4 instituciones educativas del distrito de Bogotá, en el periodo comprendido entre junio y diciembre de 2011*. Bogotá: Universidad del Bosque. Facultad de Medicina. Postgrado de Salud Ocupacional.
- Soares, F.F., Lima, S.C., & Teixeira, M.A. (2013). Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 34(6), 401-406.
- Sperry, L. (2008). The Biopsychosocial Model and Chronic Illness: Psychoterapeutic Implications. *The Journal of Individual Psychology*, 64(3), 369-376.

- Staton, A., Reversion, T. & Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565-592.
- Tomilson, M. & Chopra, M., Hoosain, N. & Ruda, I. (2011). A review of selected research priority setting processes at national level in low and middle income countries: towards fair and legitimate priority setting. *Health Research Policy and Systems*. En <http://www.health-policy-systems.com/content/9/1/19> University Press.
- Vargas, C. H. (2012). *Levantamiento de buenas prácticas en gestión de la seguridad industrial y salud ocupacional en empresas del sector de la edificación en Bogotá*. Bogotá: Universidad de los Andes. Maestría en Ingeniería y Gerencia de la Construcción.
- Vargas, P. P. (2012). *Caracterización demográfica y ocupacional de los casos de lesiones osteomusculares de miembros superiores y región lumbar, universidad nacional de Colombia, sede Bogotá 2001- 2009*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.
- Vega, J. & Frenz, P. (2013). Integrating social determinants of health in the universal health coverage monitoring framework. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 34(6), 468-472.
- Velarde-Jurado, E., & Ávila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44(4), 349-361.
- Vittersø, J. (2004). Subjective well-being versus self-actualization: Using the flowsimplex to promote a conceptual clarification of subjective quality of life. *Social Indicators Research*, 65(3), 299-331.
- Wakefield, J.C. (2007). El concepto de trastorno mental: implicaciones diagnósticas del análisis de la disfunción perjudicial. *World Psychiatry*, 5(3 Ed. Esp.), 149-156.
- Wilson, I. (2004). The Challenge of Understanding Articles about Health-Related Quality of Life. *Clinical Infectious Diseases*, 39, 434-436.
- World Health Assembly (2009). Reducing health inequities through action on the social determinants of health. Resolution WHA62.14, 22 May 2009. Available: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-en.pdf. Accessed 22 april 2015.

- World Health Assembly (2010) WHO's role and responsibilities in health research. Resolution WHA63.21, 21 May 2010. Available: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R21-en.pdf. Accessed 12 april 2015.
- World Health Organization (2001) International Classification of Functioning, Disability and Health. Genève, Switzerland: Author.
- World Health Organization (2005). Task Force on Research Priorities for Equity in Health, WHO Equity Team (2005) Priorities for research to take forward the health equity policy agenda. *Bull World Health Organ.* 83, 948–953.
- World Health Organization (2006). *World health report 2006: working together for health*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2008) Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health Final Report. Geneva: World Health Organization, Available: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html. Accessed 22 april 2015.
- World Health Organization. (2012). Research and Development to Meet Health Needs in Developing Countries: Strengthening Global Financing and Coordination, Report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination. Geneva: World Health Organization.

ANEXOS

ANEXO 1

**UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA, BOGOTÁ –SECRETARÍA
DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ**

**PROYECTO: ESTADO DEL ARTE DE LAS INVESTIGACIONES EN SALUD,
CALIDAD DE VIDA Y ENFERMEDAD EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, DURANTE
EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 2010 – 2013.**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

I. ASPECTOS FORMALES:

a	Título del documento:			
b	Autor o autores de la investigación:			
c	Número de páginas:			
d	Creado	Día	Mes	Año
e	Fecha de presentación	Día	Mes	Año
f	Colaborador			
g	Cobertura			
h	Idioma			
i	<u>F</u> ormato			
j	Identificador			
k	Editor			
l	Tipo			
m	Derechos de Acceso			
n	Abstract:			

No.	e. Tipo de Documento	Marcar con una X
1	Artículo de investigación	
2	Tesis de especialidad médica	
3	Tesis de maestría	
4	Tesis de Doctorado	
5	Documento de Política	
6	Documento de organismo gubernamental	
7	Documento de organismo no gubernamental	
8	Documento de asociación público-privada	
9	Documento de organismos de cooperación internacional	
10	Documento de empresa privada	
11	Documento de laboratorios	
12	Otros: (Mencionar)	

Con una X señale si se trata de una investigación de especialización médica, maestría o doctorado y campo en que se ubica:

No	Investigación :	Señalar
a	De Especialidad Médica	
b	De Maestría	
c	De Doctorado	
d	Otros	

Campo en que se ubica:

Salud _____	Enfermedad _____	Calidad de vida y salud _____
-------------	------------------	-------------------------------

II. TEMA INVESTIGADO

A. Tema Central

Se debe enunciar el o los temas centrales en los que se centra la investigación

B. Subtemas

Se debe enunciar los subtemas que forman parte del o los temas centrales de la investigación

C. Palabras clave

Se deben listar las palabras clave de la investigación

D. Problema

Al revisar el problema se debe señalar si la investigación problematiza entre otros temas, los siguientes:

a	sistemas, servicios de salud y políticas en salud	
b	estructuras y procesos que afectan la equidad en salud	
c	estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de las poblaciones de bogotá	
d	prioridades del plan decenal de salud pública de bogotá que se abordan en el documento	
e	Salud	
f	enfermedad indique la enfermedad:	
g	calidad de vida y salud	

E. Pregunta de investigación

III. DELIMITACIÓN CONTEXTUAL

a. Institución o Entidad que respalda o financia la investigación

b. Fecha

Se debe escribir con exactitud la fecha de la publicación. Se debe tener en cuenta que sólo se consultan investigaciones terminadas en el período entre 2010 y 2013.

c. Participantes o población objeto

Se deben caracterizar lo más detalladamente posible los participantes o la población con la cual se hizo el trabajo de campo de la investigación

IV. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se escriben los objetivos tal como fueron planteados en la investigación.

a. Objetivo General

b. Objetivos Específicos

V. REFERENTE TEÓRICO

a. Disciplina

Se requiere especificar la disciplina desde la cual se desarrolla la investigación. Si se trata de una investigación interdisciplinaria, se especifican las disciplinas que se tomaron en cuenta para abordar el tema objeto de estudio.

b. Paradigma o Paradigmas Teóricos

c. Referentes teóricos y conceptuales

Al revisar el marco teórico y hacer la síntesis, es importante señalar a cuál de las siguientes líneas de investigación aporta:

a	Salud	
b	Enfermedad	
c	Calidad de vida y salud	
d	Sistemas, servicios de salud y políticas en salud	
e	Estructuras y procesos que afectan la equidad en salud	

f	Estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de las poblaciones de Bogotá	
g	Prioridades del Plan Decenal de Salud Pública de Bogotá que se abordan en el documento (*)	

(*) Si se aborda en el documento uno o varios de los siguientes subtemas relacionados con el tema Prioridades en el Plan Decenal de Salud Pública de Bogotá, se debe resumir el o los abordajes teóricos desde el que se les aborda:

a	Sexualidad y reproducción	
b	Salud Oral	
c	Salud Mental	
d	Enfermedades Transmisibles emergentes y reemergentes	
e	Enfermedades Crónicas no transmisibles	
f	Salud	
g	Enfermedad Indique la enfermedad	
h	Calidad de vida y salud	
i	Otras:	

d. Hipótesis

Si la investigación incluye hipótesis se deben incluir en la ficha tal como fueron planteadas en la investigación

e. Tesis

Si la investigación es de carácter interpretativa o participativa se deben incluir la tesis o supuestos que orientaron la investigación

f. Variables

En caso de que el estudio sea empírico analítico (“cuantitativo”), se deben especificar las variables definidas para llevar a cabo el estudio:

- a. Variables Descriptivas _____
- b. Variable Predictora _____
- c. Variable Criterio _____
- d. Variable Independiente _____
- e. Variable Dependiente _____

g. Categorías

Si la investigación es de tipo interpretativa o participativa (investigaciones “cualitativas”), se deben especificar las categorías definidas para llevar a cabo el estudio.

VI. METODOLOGÍA

- a. Perspectiva epistemológica para determinar si se trata de una investigación:

Empírico Analítica _____ Histórico Hermenéutica o Interpretativa _____

Crítico Social o Participativa _____

- b. Tipo de Investigación

Es indispensable especificar el método de investigación empleado para llevar a cabo el estudio:

Exploratorio	
Descriptivo	
Correlacional	
Expos-facto	
Cuasi-experimental	
Experimental	
Etnográfica	
Narrativa	
Fenomenológica	
Historia de vida	
Etnometodología	
Investigación Acción Participativa	

Investigación Acción	
Investigación Comunitaria	
Otro Cuál?	

Instrumentos:

Especifique el o los instrumentos utilizados para recoger la información o datos requeridos en el estudio:

Entrevista Estructurada	
Entrevista Semiestructurada	
Grupo Focal	
Grupo de Discusión	
Encuesta	
Cuestionario	
Cartografía Social	
Diarios de campo	
Otro. ¿Cuál?	

VII. RESULTADOS

A. Tipo de Análisis

Se especifica qué tipo de análisis estadístico o matemático se empleó para el análisis, en caso de que el estudio sea “cuantitativo”, o si se hizo un análisis de contenido, de discurso, de narrativas u otro, si es un estudio “cualitativo”.

Tipo de análisis estadístico o matemático	
Análisis de Contenido	
Análisis de Discurso	
Análisis de Narrativas	
Análisis Cartográfico	
Otro - Cual?	

B. Síntesis de los Resultados

Si en el estudio se aborda alguna de las siguientes líneas y subtemas, se debe señalar a cual aporta y hacer un resumen de los aportes o contribuciones del estudio a las prioridades del Plan Decenal de Salud Pública de Bogotá:

a	Sistemas, servicios de salud y políticas en salud	
b	Estructuras y procesos que afectan la equidad en salud	
c	Estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de las poblaciones de Bogotá	
d	Prioridades del Plan Decenal de Salud Pública de Bogotá que se abordan en el documento	
e	Sexualidad y Reproducción	
f	Salud Oral	
g	Salud Mental	
h	Enfermedades Transmisibles emergentes y reemergentes	
i	Enfermedades Crónicas no Transmisibles	
j	Salud	
k	Enfermedad Indique la enfermedad:	
l	Calidad de vida y salud	

VIII. DISCUSIÓN

- a. Convergencias entre los resultados y los planteamientos empíricos
- b. Convergencias entre los resultados y los planteamientos Teóricos
- c. Limitaciones de la investigación o estudio

Esta síntesis de la discusión debe incluir las siguientes categorías o variables, en caso de que hayan sido abordadas en el estudio:

a	Salud	
b	Enfermedad	
c	Calidad de vida y salud	
d	Sistemas, servicios de salud y políticas en salud	
e	Estructuras y procesos que afectan la equidad en salud	
f	Estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de las poblaciones de Bogotá	
g	Prioridades del Plan Decenal de Salud Pública de Bogotá que se abordan en el documento (*)	

(*) En relación con la última categoría especificar los resultados, si existen, con respecto a las siguientes subcategorías o variables:

e	Sexualidad y Reproducción
f	Salud Oral
g	Salud Mental
h	Enfermedades Transmisibles emergentes y reemergentes
i	Enfermedades Crónicas no Transmisibles

IX. RECOMENDACIONES DEL AUTOR O AUTORES DE LA INVESTIGACIÓN

- a. Para nuevas investigaciones
- b. Políticas Públicas
- c. Comentarios
- d. Glosas
- e. Anexos o Apéndices

ANEXO 2



UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA, BOGOTÁ –SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ

**PROYECTO: ESTADO DEL ARTE DE LAS INVESTIGACIONES EN SALUD,
CALIDAD DE VIDA Y ENFERMEDAD EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, DURANTE
EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 2010 – 2013.**

INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAMIENTO DE LA FICHA DESCRIPTIVA

1. ASPECTOS FORMALES:

1.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL DOCUMENTO

1. Título del documento: Escriba el título del documento como aparece en la fuente revisada.
2. Autor o autores de la investigación: Relacione los nombres y apellidos completos de todos los autores mencionados en la fuente revisada.
3. Número de páginas: Relacione el número total de páginas del documento; incluida la portada.
4. Fecha de evaluación: Indique la fecha en números en la que el documento fue presentado para su evaluación. En caso de que no exista la fecha, se escribe NO APLICA.
5. Fecha de aprobación: Indique la fecha, en números en la que el documento fue aprobado para su publicación. En caso de que no exista la fecha, se escribe NO APLICA.
6. Fecha de publicación: Indique la fecha, en números en la que el documento fue publicado.

7. Ciudad: Indique la ciudad en la que se llevó a cabo la investigación.
8. Colaborador (es): Indique el nombre y apellido de las personas que apoyaron el desarrollo de la investigación o documento revisado.
9. Entidad que financia: Indique el nombre o razón social de la entidad que financio el desarrollo de la investigación o documento revisado.
10. Cobertura: Indique la zona geográfica en la que se desarrolló la investigación.
11. Idioma: Indique el idioma original en el que se encuentra escrito el documento revisado.
12. Formato: Señale con una X el medio en el que se encuentra el documento. En caso de ser un documento impreso o disponible en papel, se debe señalar que es Físico. Si el documento está disponible en medio magnético, se debe especificar su disponibilidad (CD, USB, dirección electrónica o URL si se trata de este último copie la dirección).
13. Identificador: Indique el número topográfico (ISNN) del documento revisado o el DOI en el caso de artículos.
14. Editor: Indique el nombre de la editorial, revista o entidad responsable de la publicación del documento.
15. Tipo de documento: Señale con una X si el documento es artículo, tesis, documento u otro, según la lista incluida en la ficha
16. Derechos de acceso: Indique el tipo de acceso que tiene el documento. En caso de ser un documento público, que no requiere de permisos especiales constituye un documento de acceso libre. En caso de ser un documento que requiere de dichos permisos para ser revisado, constituye un documento de acceso restringido.
17. Abstract / Resumen: Transcriba el resumen completo del documento en el idioma original. En caso de no contar con un resumen transcriba la introducción del mismo.
18. Palabras clave: Indique las palabras clave del documento.

En este apartado encontrara un listado de los posibles tipos de documento a los que tendrá acceso durante la investigación. Señale con una X el tipo de documento revisado, (en caso

de que el tipo de documento que está revisando no se encuentre en el listado, deberá marcar con una X en “otros” y especificar el tipo de documento).

1.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

En este apartado encontrará un listado de los posibles tipos de investigación desarrollados en los documentos revisados. Señale con una X si se trata de una investigación de especialidad médica, maestría o doctorado.

1.4 CAMPO EN QUE SE UBICA.

En este apartado encontrará un listado de los campos en los que se ubican los documentos revisados. Señale con una X

2. TEMA INVESTIGADO

2.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN.

1. Tema central: Indique el tema(s) en el que se CENTRA la investigación (la noción del tema central responde a la pregunta ¿de qué se trata la investigación? Y gira entorno a los núcleos temáticos del documento, su contenido es general y se presenta bajo la forma de un concepto, palabra o una breve expresión).

2. Subtemas: Indique los subtemas desarrollados en el documento revisado (corresponde a las subdivisiones del tema(s) central (s)).

3. Tabla de contenido de la investigación: En caso de que el documento revisado cuente con una tabla de contenidos, transcríbala en este apartado.

2.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

En este apartado encontrará un listado de los temas que problematiza el documento que está revisando. Señale con una X todos aquellos abordados en el documento revisado.

2.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

Indique la pregunta de investigación del documento revisado (La pregunta de investigación puede ser una afirmación o un interrogante acerca de un fenómeno, en forma precisa y clara, tenga en cuenta que a partir de esta será desarrollado el métodos, procedimientos e instrumentos) de la investigación.

3. DELIMITACIÓN CONTEXTUAL

3.1 DELIMITACIÓN CONTEXTUAL.

1. Participantes o población objeto: Indique las características de la muestra seleccionada en

4.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

el documento revisado.

4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. Objetivo general: Indique el objetivo general de la investigación como fueron planteados por el (los) autor (es) de la investigación.

2. Objetivos específicos: Indique el (los) objetivo(s) específico(s) de la investigación, como fueron planteados por el (los) autor (es).

5. REFERENTE TEÓRICO

5.1 DISCIPLINA Y PARADIGMA.

1. **Disciplina:** Se debe indicar la disciplina desde la cual se desarrolla la investigación: Psicología, Sociología, Antropología, Medicina, Derecho, u otra. Si se trata de una investigación interdisciplinaria, se deberá especificar las disciplinas que se tomaron en cuenta para abordar el tema objeto de estudio.
2. **Paradigma o paradigmas teóricos:** Indicar los paradigmas que se tuvieron en cuenta en la investigación. Por ejemplo el paradigma conductual cognitivo, medicina comunitaria, antropología de la salud, etc.

5.2 REFERENTES TEÓRICOS Y CONCEPTUALES.

En este apartado encontrará un listado de las líneas de investigación a las que aporta el documento, señale con una X. Si se aborda un o varios de los temas relacionados con el tema Prioridades en el Plan Decenal de Salud Pública de Bogotá, se debe resumir el o los abordajes teóricos desde el que se les aborda.

5.3 SUBTEMAS RELACIONADOS CON LAS PRIORIDADES DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA.

En este apartado encontrará los subtemas que son tratados en el documento revisado y que tiene relación con las prioridades del Plan Decenal de Salud Pública se de señalar con una X. Si se aborda un o varios de los temas relacionados con el tema Prioridades en el Plan Decenal de Salud Pública de Bogotá, se debe resumir el o los abordajes teóricos desde el que se les aborda.

5.4 HIPÓTESIS Y TESIS.

1. Hipótesis: Si la investigación incluye hipótesis se debe incluir como fue planteada en la investigación.
2. Tesis: Si la investigación es de carácter interpretativa o participativa de deben incluir la (s) tesis o supuestos que orientaron la investigación.

5.5 VARIABLES Y CATEGORÍAS

1. Variables: En caso de que el estudio sea empírico analítico (“cuantitativo”), se deben especificar las variables definidas para llevar a cabo el estudio. En este caso, indicar frente a cada tipo de variable el utilizado.
2. Categorías: Si la investigación es de tipo interpretativa o participativa (“cualitativa”), se debe especificar las categorías definidas para llevar a cabo el estudio.

6. METODOLOGÍA

6.1 PERSPECTIVA EPISTEMOLÓGICA.

En este apartado encontrará un listado breve de las perspectivas epistemológicas que podrá encontrar en los documentos que revise. Señale con una X la perspectiva en la que se encuentra la investigación revisada.

6.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

En este apartado encontrará un listado de los tipos de investigación desarrollados en el documento revisado. Señale con una X el método de investigación empleado para llevar a cabo el estudio (en caso de que la opción seleccionada sea otros indique cual).

6.3 INSTRUMENTOS.

En este apartado encontrará un listado con los diferentes tipos de instrumentos que pudieron ser usados en el documento revisado, señale con una X los descritos en la investigación. En caso se señalar la opción “Otro”, se debe especificar cuál.

7. RESULTADOS

7.1 TIPO DE ANÁLISIS.

En este apartado encontrará un listado de los tipos de análisis utilizados para realizar el análisis de datos obtenidos en el documento. Señale con una X el tipo de análisis realizado. En caso de que el estudio sea “cuantitativo” se especificará que tipo de análisis estadístico o matemático se empleó, o si se hizo un análisis de contenido, de discurso, de narrativas u otro. En caso de marcar la casilla “Otro”, indicar cuál.

7.2 SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS.

En Este apartado encontrará un listado de las líneas y subtemas. Señale con una X si en el estudio se aborda alguna de estas. En caso de que lo haga, hacer un resumen de los aportes y contribuciones del estudio a las prioridades del Plan Decenal de Salud Pública de Bogotá.

8. DISCUSIÓN

8.1 CONVERGENCIAS Y DIVERGENCIAS

1. Convergencias y divergencias entre los resultados y los planteamientos empíricos: Indicar, si existieran, las convergencias y divergencias entre los resultados obtenidos en la investigación y los planteamientos empíricos manejados en esta.

2. Convergencias y divergencias entre los resultados y planteamientos teóricos: Indicar, si existieran, las convergencias entre los resultados obtenidos en la investigación y los planteamientos teóricos manejados en esta.

3. Limitaciones de la investigación: Indicar las limitaciones que fueron señaladas en la investigación.

8.2 CATEGORÍAS O VARIABLES.

Esta síntesis de la discusión debe incluir las categorías o variables que se muestran en el listado del apartado, en caso de que hayan sido abordadas en el estudio.

8.3 SUBCATEGORÍAS RELACIONADAS CON LAS PRIORIDADES DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA DE BOGOTÁ.

En caso de que se marque la séptima opción en el punto anterior, especificar los resultados, si existen, con respecto a las subcategorías o variables que se muestran en el cuadro de este apartado.

9. RECOMENDACIONES DEL AUTOR O AUTORES DE LA INVESTIGACIÓN

9.1. RECOMENDACIONES.

1. Para nuevas investigaciones: Indicar, si existen, las recomendaciones hechas por el (los) autor (es) para realizar nuevas investigaciones.
2. Políticas públicas: Indicar, si existen, las recomendaciones hechas por el (los) autor (es) en relación a políticas públicas.
3. Comentarios: Indicar, si existen, comentarios hechos por el (los) autor (es).
4. Glosas:
5. Anexos: Incluir en este apartado los nombres de los anexos en forma de listado.

ANEXO 3

TABLAS DESCRIPTIVAS DE LOS ÍTEMS DEL INSTRUMENTO POR AÑO AUTORES/DIRECTORES.

Tabla 1. Autores y directores/asesores existentes en los documentos.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Asesor	83	27,4	Asesor	112	32,8
Director de investigación	53	17,5	Director de investigación	55	16,1
Investigador Principal	6	2,0	Investigador Principal	13	3,8
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Asesor	128	30,4	Asesor	127	31,6
Director de investigación	68	16,2	Director de investigación	96	23,9
Investigador Principal	13	3,1	Investigador Principal	11	2,7

Tabla 2. Presencia de nombres en los documentos.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Nombres	112	,3	Nombres	125	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Nombres	191	0,4	Nombres	192	0,4

Tabla 3. Presencia de autores en los documentos.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Autores	299	,9	Autores	335	,9
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Autores	420	,9	Autores	400	,9

FECHA Y DATOS DE PUBLICACION.

Tabla 4. País.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Colombia	302	99,7	Colombia	334	97,9
Estados Unidos de Norteamérica	1	,3	Estados Unidos de Norteamérica	6	1,8
			Cuba	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Colombia	417	99,0	Colombia	402	100,0
Estados Unidos de Norteamérica	2	,5			
Brasil	1	,2			
México	1	,2			

Tabla 5. Ciudad.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Bogotá	302	99,7	Bogotá	334	97,9
Washington DC	1	,3	Washington DC	6	1,8
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Bogotá	416	98,8	Bogotá	395	98,3
Washington DC	2	,5	Washington DC	6	1,5
Medellín	1	,2			
México DF	1	,2			
Rio de Janeiro	1	,2			

Tabla 6. Colaboradores.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Hospital de San José	11	3,6	Hospital de San José	12	3,5
Alarcón Ovalle, María Helena	1	,3	Fundación Salutia, Centro de investigaciones en economía, gestión y tecnologías en salud Bogotá, Colombia y Unidad administrativa especial comisión de regulación en SALUD UAE-CRES	6	1,8
Amaya Nava, Álvaro	1	,3	Revista de Cirugía de Bogotá- Hospital de San José, Hospital Universitario infantil de San José y la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud	4	1,2
Amaya, Myriam Beatriz; Leyva, Cristhian; Acosta, Lucia; Dávila, Andrea	1	,3	Porras, Alexandra	2	,6
Asociación Colombiana de Pacientes Bipolares	1	,3	Agudelo Vélez, Diana María; Gómez, Yvonne	1	,3
Auxiliares de enfermería de consulta externa y laboratorio clínico de la Fundación Hospital de la Misericordia	1	,3	Acevedo, Estela	1	,3
Barriga, Kimberly; Castillo, María del Pilar; Melo, Adriana; Villalba, Javier	1	,3	Al Instituto Nacional de Salud y a Colciencias y su programa de formación de Jóvenes Investigadores e Innovadores “Virginia Gutiérrez de Pineda” 2009-2010	1	,3
Castro Rodríguez, José Antonio	1	,3	Alzate, Marcela	1	,3
Cepeda, María Soledad; Esguerra, María Sacramento; Rodríguez, Viviana Alejandra	1	,3	Cerquera, Adriana	1	,3
Chaparro Cardozo, Diana Marcela; España Arenas, David Augusto	1	,3	Córdoba, Adriana; Gómez, Mauricio; Barrios, Manuel; Gutiérrez, Andrés; Villegas, Germán; Millán, Jorge, Cadena, Lina; Pinto, Diana; Gi, Fabián I	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Hospital de San José	20	4,8	Hospital San José y Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud	3	,7
Hospital Universitario de La Samaritana	2	,5	Hospital San José, Hospital Universitario Infantil San José y Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud	3	,7
Parroquia Egipto y la Universidad Externado	2	,5	Hospital de San José y Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud	2	,5
ACEMI (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral) y la Universidad de la Sabana Facultad de Medicina Área de Salud Pública y Proyección Social	1	,2	Rodríguez, Carlos	2	,5
Baena Rivero, Antonio Luis; Ulloa Rodríguez, Mauricio	1	,2	Núñez, Lilian Maritza	1	,2
Banco Arquidiocesano de alimentos	1	,2	Báez, Martha	1	,2
Bimbo Colombia	1	,2	Bonilla Dueñas, Anny; Núñez, Lilian	1	,2
Celis Salas, Jhon Jairo	1	,2	Briceño Ayala, Leonardo	1	,2
Chala, Marco Fidel	1	,2	Cantor Molano, Luis Fernando	1	,2
	1	,2	Cárdenas Zuluaga, Diana; Castillo Perdomo, Diana; Millan Ospina, Lina Viviana; Gualtero, Fernando; Sabogal, María Alejandra; Castro, Carlos; De Ávila, Juliette	1	,2
			Castellanos, Julio César	1	,2

Tabla 7a. Entidad que Financia.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Autofinanciado	12	4,0	Hospital de San José	12	3,5
Universidad del Rosario	4	1,3	Fundación Salutia, Centro de investigaciones en economía, gestión y tecnologías en salud Bogotá, Colombia y Unidad administrativa especial comisión de regulación en SALUD UAE-CRES	6	1,8
AstraZeneca, Colombia; Pfizer Inc, Groton, CT; Merck Sharp & Dohme; Baxter, Colombia; Wyeth, Colombia; Janssen, Colombia; Bristol-Myers Squibb	1	,3	Revista de Cirugía de Bogotá- Hospital de San José, Hospital Universitario infantil de San José y la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud	4	1,2
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta E.S.E	1	,3	Porras, Alexandra	2	,6
Colciencias (proyecto No 1110-408-20392); Universidad Tecnológica de Pereira; Audifarma, SA	1	,3	Agudelo Vélez, Diana María; Gómez, Yvonne	1	,3
Dirección de Investigación de la Universidad de La Sabana,	1	,3	Acevedo, Estela	1	,3
Fondo de Investigaciones de la Universidad del Rosario	1	,3	Al Instituto Nacional de Salud y a Colciencias y su programa de formación de Jóvenes Investigadores e Innovadores “Virginia Gutiérrez de Pineda” 2009- 2010	1	,3
Fondo Patrimonial para la Investigación, de la Universidad de La Sabana	1	,3	Alzate, Marcela	1	,3
Fundación para la Promoción de la Ciencia y la Tecnología del Banco de la República; Pontificia Universidad Javeriana	1	,3	Cerquera, Adriana	1	,3
Genetix EU	1	,3	Córdoba, Adriana; Gómez, Mauricio; Barrios, Manuel; Gutiérrez, Andrés; Villegas, Germán; Millán, Jorge, Cadena, Lina; Pinto, Diana; Gi, Fabián	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Autofinanciado	10	2,4	Autofinanciado	12	3,0
Fondo Financiero de Investigación de la Universidad de la Sabana	1	,2	Hospital San José	6	1,5
Banco Arquidiocesano de alimentos	1	,2	Centro de Estudios Empresariales para la Perdurabilidad	3	,7
Centro de Estudios e Investigación en Salud, de la Fundación Santa Fe de Bogotá; Unidad Médico-Quirúrgica de Otorrinolaringología (UNIMEQ ORL), institución prestadora de servicios de salud que apoya el Grupo de Investigación de Otolología y Audiología de Colciencias; y la Vicerrectoría de Investigaciones y Doctorados de la Universidad de los Andes, Colombia	1	,2	Departamento de Investigaciones Clínicas de Fundación Neumológica Colombiana	2	,5
Centro de Estudios Empresariales para la Perdurabilidad	1	,2	División de Investigación de Bogotá de la Universidad Nacional de Colombia	2	,5
Centro de Investigaciones en Salud (CEIS), de la Fundación Santa Fe de Bogotá, y por el Centro de Estudios Sociales (CESO), de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de los Andes	1	,2	Fundación Oftalmológica Nacional	2	,5
Clínica Colsanitas	1	,2	Instituto Nacional de Salud	2	,5
Colciencias Grant 331/2007 y fondos del Instituto Nacional de Cáncerología, Bogotá, Colombia	1	,2	Abello Polo, Virginia; Valera Agamez, Arturo José	1	,2
Colciencias; División de Investigación de la Sede Bogotá (DIB)	1	,2	Angiografía de Colombia	1	,2
Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación de Colombia (COLCIENCIAS), código 110245921548; Secretaria Distrital de Salud de Bogotá; Gobernación de Cundinamarca; Universidades Nacional de Colombia e Industrial de Santander, código interno UIS 8677	1	,2	Beca irrestricta de la fundación para la investigación Clínica y Molecular Aplicada al Cáncer (FICMAC)	1	,2

Tabla 8. Cobertura-Pais.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Colombia	303	100,0	Colombia	341	100,0
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Colombia	421	100,0	Colombia	402	100,0

Tabla 9. Cobertura-Ciudad.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Bogotá	303	100,0	Bogotá	341	100,0
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Bogotá	421	100,0	Bogotá	402	100,0

Tabla 10. Idioma.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Español	301	99,3	Español	341	100,0
Inglés	2	,7			
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Español	301	99,3	Español	341	100,0
Inglés	2	,7			

Tabla 11. Formato.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
PDF	270	89,1	PDF	290	85,0
Papel	25	8,3	Papel	45	13,2
HTML	7	2,3	HTML	5	1,5
CD	1	,3	Magnético	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
PDF	317	75,3	PDF	323	80,3
Papel	96	22,8	Papel	68	16,9
CD	4	1,0	HTML	10	2,5
HTML	4	1,0	Word	1	,2

Tabla 12. Editorial.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Instituto Nacional de Salud	35	11,6	Universidad del Rosario	34	10,0
Universidad del Rosario	28	9,2	Universidad Nacional de Colombia	19	5,6
Universidad Nacional de Colombia	24	7,9	Instituto Nacional de Salud	16	4,7
Revista Colombiana de Cáncerología	12	4,0	Universidad de San Buenaventura	10	2,9
Editorial Pontificia Universidad Javeriana	10	3,3	Fundación universitaria de Ciencias de la Salud	9	2,6
Fundación universitaria de Ciencias de la Salud	9	3,0	Revista Colombiana de Cardiología	9	2,6
Revista Médica Sanitas	7	2,3	Universidad Militar Nueva Granada	8	2,3
Asociación Colombiana de Psiquiatría	6	2,0	Asociación Colombiana de Psiquiatría	7	2,1
Universidad Santo Tomas	6	2,0	Editorial Pontificia Universidad Javeriana	7	2,1
Biomédica	5	1,7	Universidad de Los Andes	7	2,1
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Fundación universitaria de Ciencias de la Salud	30	7,1	Universidad del Rosario	35	8,7
Universidad Nacional de Colombia	23	5,5	Instituto Nacional de Salud	23	5,7
Universidad del Rosario	18	4,3	Universidad Militar Nueva Granada	16	4,0
Editorial Pontificia Universidad Javeriana	16	3,8	Universidad Nacional de Colombia	13	3,2
Instituto Nacional de Salud	16	3,8	Editorial Pontificia Universidad Javeriana	11	2,7
Asociación Colombiana de Hematología y Oncología	13	3,1	Revista Repertorio de Medicina y Cirugía	9	2,2
Universidad de San Buenaventura	12	2,9	Fundación universitaria de Ciencias de la Salud	8	2,0
Universidad Militar Nueva Granada	12	2,9	Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular	8	2,0
Revista Colombiana de Cáncerología	9	2,1	Organización Panamericana de la Salud - OPS	7	1,7
Universidad Militar Nueva Granada	9	2,1	Asociación Colombiana de Hematología y Oncología	6	1,5

Tabla 13. Revista.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Informe de Evento	18	5,9	Revista Repertorio de Medicina y Cirugía	14	4,1
Revista Biomédica	14	4,6	Revista Biomédica	12	3,5
Revista Colombiana de Cancerología	12	4,0	Revista Colombiana de Cancerología	8	2,3
Revista Repertorio de Medicina y Cirugía	10	3,3	Revista Colombiana de Psiquiatría	8	2,3
Informe Quincenal Epidemiológico Nacional (IQEN)	9	3,0	Revista Colombiana de Cardiología	7	2,1
Revista Médica Sanitas	7	2,3	Informe Quincenal Epidemiológico Nacional (IQEN)	6	1,8
Avances en Enfermería	6	2,0	Revista Diversitas	6	1,8
Revista Colombiana de Psiquiatría	6	2,0	Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health	6	1,8
TÍPICA - Boletín Electrónico de Salud Escolar	4	1,3	Universitas Medica	6	1,8
Acta Colombiana de Psicología	3	1,0	Revista Salud Bosque	5	1,5
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Revista Repertorio de Medicina y Cirugía	31	7,4	Revista Repertorio de Medicina y Cirugía	18	4,5
Universidad El Bosque	15	3,6	Revista Biomédica	15	3,7
Revista Colombiana de hematología y oncología	12	2,9	Informe Quincenal Epidemiológico Nacional (IQEN)	12	3,0
Revista Biomédica	10	2,4	Revista Colombiana de Cardiología	7	1,7
Revista Colombiana de Cancerología	9	2,1	Universitas Odontológica	7	1,7
Revista Colombiana de Psiquiatría	7	1,7	Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health	6	1,5
Informe Quincenal Epidemiológico Nacional (IQEN)	6	1,4	Universitas Medica	6	1,5
Revista colombiana de enfermería	6	1,4	Revista Colombiana de hematología y oncología	5	1,2
Revista Salud Bosque	5	1,2	Revista Salud Bosque	5	1,2
Universitas Medica	5	1,2	Revista Colombiana de Cancerología	4	1,0

INSTITUCIÓN

Tabla 14. Lugar donde se Encuentra.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Biblioteca Central	49	16,1	Biblioteca digital	56	16,4
Biblioteca	46	15,1	Biblioteca General Juan Roa Vásquez	43	12,6
Biblioteca digital	33	10,8	Biblioteca	42	12,3
Biblioteca General Juan Roa Vásquez	18	5,9	Biblioteca Central	38	11,1
Biblioteca Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud	11	3,6	Biblioteca Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud	13	3,8
Biblioteca CRAI	6	2,0	Descubridor virtual del Sistema de bibliotecas Universidad de los Andes	7	2,1
Base De Datos Biblioteca Juan Roa Vásquez	4	1,3	Fundación Salutia, Centro de investigaciones en economía, gestión y tecnologías en salud Bogotá, Colombia	6	1,8
Biblioteca Central Gabriel García Márquez	4	1,3	Biblioteca CRAI	4	1,2
Descubridor virtual del Sistema de bibliotecas Universidad de los Andes	4	1,3	Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular	4	1,2
Pontificia Universidad Javeriana	4	1,3	Base de datos	3	,9
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Biblioteca General Juan Roa Vásquez	72	17,2	Biblioteca Central	63	15,6
Biblioteca Central	55	13,0	Biblioteca Universidad de la Sabana	38	9,5
Biblioteca	51	12,1	Biblioteca	36	9,0
Biblioteca Digital	41	9,7	Biblioteca General Juan Roa Vásquez	55	13,6
Biblioteca Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud	30	7,1	Biblioteca Digital	26	3,7
Biblioteca Universidad de la Sabana	12	2,9	Biblioteca Antonio Rocha Alvira	10	2,5
Grupo de Investigación ONCOLGroup	12	2,9	Biblioteca Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud	9	2,2
Instituto Nacional de Cancerología	8	1,9	Biblioteca CRAI	8	2,0
Biblioteca Central Gabriel García Márquez	7	1,7	Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular	8	2,0
Biblioteca Antonio Rocha Alvira	5	1,2	Biblioteca Central Gabriel García Márquez	7	1,7

Tabla 15. Nombre de la Institución.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Universidad del Rosario	72	23,8	Universidad Nacional de Colombia	69	20,2
Universidad Nacional de Colombia	63	20,8	Universidad del Rosario	61	17,9
Instituto Nacional de Salud	35	11,6	Universidad El Bosque	48	14,1
Universidad El Bosque	23	7,6	Pontificia Universidad Javeriana	20	5,9
Pontificia Universidad Javeriana	18	5,9	Instituto Nacional de Salud	17	5,0
Instituto Nacional de Cancerología	12	4,0	Universidad Militar Nueva Granada	13	3,8
Hospital de San José	9	3,0	Universidad de San Buenaventura	10	2,9
Universidad Militar Nueva Granada	9	3,0	Hospital de San José	9	2,6
Fundación Universitaria Sanitas	7	2,3	Instituto Nacional de Cancerología	9	2,6
Universidad Santo Tomas	6	2,0	Universidad Santo Tomas	8	2,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Universidad El Bosque	79	18,8	Universidad del Rosario	105	26,1
Universidad Nacional de Colombia	66	15,7	Universidad El Bosque	72	17,9
Universidad del Rosario	46	10,9	Universidad de la Sabana	52	12,9
Hospital de San José	27	6,4	Universidad Nacional de Colombia	34	8,5
Pontificia Universidad Javeriana	21	5,0	Instituto Nacional de Salud	22	5,5
Universidad Militar Nueva Granada	21	5,0	Pontificia Universidad Javeriana	20	5,0
Universidad de la Sabana	19	4,5	Universidad Militar Nueva Granada	18	4,5
Instituto Nacional de Salud	16	3,8	Hospital de San José	8	2,0
Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá	14	3,3	Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá	7	1,7
Universidad de San Buenaventura	12	2,9	Organización Panamericana de la Salud – OPS	7	1,7

Tabla 16. Nombre del Postgrado.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Especialista en Epidemiología	10	3,3	Gerencia de la Calidad en Salud	10	2,9
Especialización en Anestesiología FCI	5	1,7	Neuropsicología Clínica	10	2,9
Especialización en Neonatología	5	1,7	Especialización en Epidemiología	10	2,9
Especialización en Ortopedia y Traumatología HOK	5	1,7	Especialización en Cardiología	7	2,0
Especialización en Cardiología	4	1,3	Especialización en Medicina Estética y laser	6	1,7
Especialización en Ginecología y Obstetricia	4	1,3	Especialización en Medicina Interna	4	1,2
Especialización en Radiología	4	1,3	Especialización en Ginecología y Obstetricia	3	,9
Especialización en Cirugía General	3	1,0	Especialización en Medicina de Emergencias	3	,9
Especialización en Cuidado Intensivo Pediátrico	3	1,0	Especialización en Neonatología	3	,9
Especialización en Medicina de Emergencias	3	1,0	Especialización en Radiología	3	,9
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Especialización en Epidemiología	17	4,0	Especialización en Medicina Interna	12	3,0
Neuropsicología Clínica	12	2,9	Especialización en Salud Ocupacional	12	3,0
Especialización en Gerencia de la calidad en salud	11	2,6	Especialización en Epidemiología	9	2,2
Especialización en Medicina Interna	6	1,4	Especialización en Cirugía General	8	2,0
Especialización en Salud Ocupacional	6	1,4	Especialización en Ginecología y Obstetricia	8	2,0
Especialización en Ginecología y Obstetricia	5	1,2	Especialización en Neurología	8	2,0
Oncología	5	1,2	Especialización en Ortopedia y Traumatología HOK	5	1,2
Especialización en Oftalmología	4	1,0	Especialización en Medicina de Emergencias	4	1,0
Especialización en salud familiar y comunitaria	4	1,0	Especialización en Medicina Física y Rehabilitación	4	1,0
Maestría en Psicología Clínica	4	1,0	Especialización en Oftalmología	4	1,0

Tabla 17. Facultad-Unidad-Dependencia.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Facultad de Medicina	142	46,8	Facultad de Medicina	158	46,3
Facultad de Enfermería	8	2,6	Enfermería	10	2,9
Facultad de Ingeniería	5	1,7	Psicología	10	2,9
Facultad de Psicología	4	1,3	División de postgrados	7	2,1
Administración	2	,7	Centro de investigaciones en economía, gestión y tecnologías en salud	6	1,8
Facultad de ciencias económicas y administrativas	2	,7	Facultad de Ingeniería	5	1,5
Facultad de ciencias y educación	2	,7	Facultad de Psicología	4	1,2
Facultad de Economía	2	,7	Salud Pública	4	1,2
Ginecología y Obstetricia	2	,7	Facultad de ciencias económicas y administrativas	3	,9
Medicina Interna	2	,7	Facultad de enfermería	3	,9
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Facultad de Medicina	189	44,9	Facultad de Medicina	257	63,9
Psicología	13	3,1	Facultad de Ingeniería	8	2,0
Grupo de Investigación ONCOLGroup	9	2,1	Facultad de Psicología	6	1,5
Facultad de Ingeniería	8	1,9	Enfermería	5	1,2
Facultad de enfermería	6	1,4	Facultad de enfermería	4	1,0
Enfermería	5	1,2	Facultad de Odontología	4	1,0
Facultad de Enfermería	5	1,2	Grupo de Investigación ONCOLGroup	4	1,0
Neurología	5	1,2	Pediatría	4	1,0
Dermatología	4	1,0	Facultad de ciencias económicas y administrativas	3	,7
Facultad de Psicología	4	1,0	Facultad de educación	3	,7

Tabla 18. Base de Datos-Repositoryo.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Revista Open access	87	28,7	Revista Open access	84	24,6
Catalogo Institucional	69	22,7	Catalogo Institucional	79	23,2
Repositorio Institucional	60	19,8	Repositorio Institucional	70	
Repositorio institucional E-docUR	23	7,6	Repositorio institucional E-docUR	27	7,9
Repositorio Universidad Militar Nueva Granada	9	3,0	Repositorio Universidad Militar Nueva Granada	13	3,8
Redalyc	8	2,6	Scielo	11	3,2
Scielo	7	2,3	Biblioteca Digital Universidad de San Buenaventura	10	2,9
Base de datos Instituto Nacional de Salud	1	,3	Redalyc	8	2,3
			Dialnet	2	,6
			Base de datos Instituto Nacional de Salud	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Catalogo Institucional	134	31,8	Catalogo Institucional	145	36,1
Revista Open Access	89	21,1	Revista Open access	73	18,2
Repositorio Institucional	77		Repositorio Institucional	67	16,7
Repositorio Universidad Militar Nueva Granada	21	5,0	Repositorio institucional E-docUR	30	7,5
Repositorio institucional E-docUR	15	3,6	Repositorio Universidad Militar Nueva Granada	17	4,2
Biblioteca Digital Universidad de San Buenaventura	12	2,9	Scielo	9	2,2
Scielo	11	2,6	AmbientalexInfo	5	1,2
Redalyc	9	2,1	Redalyc	4	1,0
Dialnet	2	,5	Base de datos Instituto Nacional de Salud	3	,7
Imbiomed	1	,2	Intellectum	2	,5

Tabla 19. Derechos de Acceso.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Acceso Abierto	275	90,8	Acceso Abierto	290	85,0
Sin cesión de Derechos de Autor	27	8,9	Sin cesión de Derechos de Autor	50	14,7
Base de Datos	1	,3	Base de Datos suscripción	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Acceso Abierto	315	74,8	Acceso Abierto	332	82,6
Sin cesión de Derechos de Autor	105	24,9	Sin cesión de Derechos de Autor	66	16,4
Base de Datos	1	,2	Base de Datos suscripción	3	,7
			Base de Datos	1	,2

PALABRAS CLAVE

Tabla 20. Palabra Clave 1.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Salud pública	16	5,3	Salud pública	8	2,3
Enfermedades	9	3,0	Calidad de vida	6	1,8
Calidad de vida	5	1,7	Adolescentes	3	,9
Suicidio	3	1,0	Atención en salud	3	,9
Virus	3	1,0	Depresión	3	,9
Adolescente	2	,7	Enfermedades	3	,9
Agua potable	2	,7	Neoplasia	3	,9
Conocimientos	2	,7	Enfermedad coronaria	2	,6
Dolor	2	,7	Acinetobacter baumannii	2	,6
Enfermedad de Parkinson	2	,7	Actividad motora	2	,6
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Salud pública	26	6,2	Salud pública	15	3,7
Calidad de vida	6	1,4	Calidad de vida	8	2,0
Esquizofrenia	3	,7	Caries dental	3	,7
Asma	2	,5	Enfermería	3	,7
Cáncer de pulmón de célula no pequeña	2	,5	Seguridad del Paciente	3	,7
Cuidadores	2	,5	Adolescentes	2	,5
Delirium	2	,5	Adulto	2	,5
Embarazo en adolescencia	2	,5	Calidad de la atención de salud	2	,5
Enfermedad coronaria	2	,5	Desordenes musculo esqueléticos	2	,5
Enfermedad de Alzheimer	2	,5	Enfermedad de Parkinson	2	,5

Tabla 21. Palabra Clave 2.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Calidad de vida	7	2,3	Calidad de vida	4	1,2
Adolescente	3	1,0	Factores de riesgo	3	,9
Salud pública	3	1,0	Salud	3	,9
Embarazo	2	,7	Artritis reumatoide	2	,6
Enfermedades	2	,7	Acupuntura	2	,6
Políticas, Planificación y Administración en Salud	2	,7	Biopsia	2	,6
Prevalencia	2	,7	Consumo de alcohol	2	,6
Recién nacido	2	,7	Discapacidad	2	,6
Salud mental	2	,7	Embarazo	2	,6
Trabajadores	2	,7	Enfermería	2	,6
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Calidad de vida	12	2,8	Factores de riesgo	4	1,0
Adolescencia	4	1,0	Cáncer	4	,9
Adolescente	4	1,0	Embarazo	3	,7
Factores de riesgo	4	1,0	Prevalencia	3	,7
Pediatría	3	,7	Quimioterapia	3	,7
Acupuntura	2	,5	Adolescente	2	,5
Anciano	2	,5	Agonistas dopaminérgicos	2	,5
Bevacizumab	2	,5	Calidad de atención en salud	2	,5
Cardiología	2	,5	Calidad de vida	2	,5
Cirugía vascular	2	,5	Citorreducción	2	,5

Tabla 22. Palabra Clave 3.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Salud Pública	3	1,0	Atención a la Salud	2	,6
Adolescentes	2	,7	Calidad de vida	2	,6
Atención a la Salud	2	,7	Comorbilidad	2	,6
Cuestionarios	2	,7	Consecuencias del consumo de alcohol	2	,6
Discapacidad	2	,7	Depresión	2	,6
Enfermería	2	,7	Dolor	2	,6
Estudiantes	2	,7	Morbilidad	2	,6
Mortalidad infantil	2	,7	Percepción	2	,6
Niños	2	,7	Personal militar	2	,6
Salud laboral	2	,7	Rehabilitación	2	,6
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Factores de riesgo	4	1,0	Adherencia	2	,5
Adolescente	3	,7	Adolescentes	2	,5
Calidad de vida	5	,7	Calidad de vida	2	,5
Colombia	3	,7	Colombia	2	,5
Servicios de salud	3	,7	Esquizofrenia	2	,5
Ansiedad	2	,5	Factores de riesgo	2	,5
Educación	4	,5	Notificación	2	,5
Embarazo	2	,5	Prevalencia	2	,5
Farmacovigilancia	2	,5	Quimioterapia intraperitoneal	2	,5
Hipotiroidismo	2	,5	Vigilancia en salud pública	2	,5

Tabla 23. Palabra Clave 4.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Colombia	3	1,0	Colombia	4	1,2
Diarrea	3	1,0	Enfermedad profesional	2	,6
Prevención	3	1,0	Factores protectores	2	,6
Niños con discapacidad	2	,7	Ingeniería humana	2	,6
Epidemiología	1	,3	Mortalidad	2	,6
Inhibidores Tirosin-Quinasa	1	,3	Promoción de la salud	2	,6
Meningitis	1	,3	Artritis Juvenil	1	,3
Rehabilitación	1	,3	Enfermedades profesionales	1	,3
Ablactacion	1	,3	Error médico	1	,3
Adaptación escolar	1	,3	Estudios de validación	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Adolescente	3	,7	Colombia	5	1,2
Colombia	3	,7	Diagnóstico	2	,5
Depresión	3	,7	Salud mental	2	,5
Enfermería	3	,7	Adaptación	1	,2
Cuestionarios	2	,5	Guías	1	,2
Estudiantes de medicina	2	,5	Síndrome Metabólico	1	,2
Estudios de seguimiento	2	,5	Abdomen	1	,2
Factores de riesgo	2	,5	Actitudes de la familia-Ciudad Bolívar (Colombia)	1	,2
mortalidad	2	,5	Actitudes preventivas	1	,2
Niños	2	,5	Activación social	1	,2

Tabla 24. Palabra Clave 5.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Colombia	5	1,7	Colombia	4	1,2
Salud ocupacional	2	,7	Diarrea Infantil	1	,3
Exposición ocupacional	1	,3	Interferón gamma	1	,3
Intervención en la Crisis	1	,3	Neurociencias	1	,3
Signos y síntomas respiratorios	1	,3	Países en desarrollo	1	,3
Acceso a los servicios	1	,3	Prevalencia	1	,3
Acreditación	1	,3	Salud Laboral	1	,3
Adolescentes	1	,3	Adaptación emocional	1	,3
Altitud	1	,3	Admisión del paciente	1	,3
Ambiente de instituciones de salud	1	,3	Adolescencia	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Calidad de vida	2	,5	Colombia	3	,7
Quimioterapia	2	,5	Depresión	2	,5
Salud pública	2	,5	Medicina aeroespacial	1	,2
Seguridad del paciente	2	,5	Perspectivas críticas	1	,2
Psiquiatría	1	,2	Acciones de mejora	1	,2
Cirugía Plástica	1	,2	Acciones inseguras	1	,2
Encuesta	1	,2	Ácido fólico	1	,2
Incidencia	1	,2	Ácidos grasos	1	,2
Reacción en cadena de la polimerasa	1	,2	Actividad motora	1	,2
Acondicionamiento pre-trasplante	1	,2	Adherencia	1	,2

TIPO DE DOCUMENTO

Tabla 25. Nivel Educativo 1.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
De Especialidad Médica	178	58,7	De Especialidad Médica	197	57,7
De Maestría	39	12,9	De Maestría	62	18,2
De Doctorado	4	1,3	De Doctorado	5	1,5
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
De Especialidad Médica	258	61,2	De Especialidad Médica	271	67,4
De Maestría	76	18,1	De Maestría	51	12,7
De Doctorado	3	,7	De Doctorado	5	1,2

Tabla 26. Nivel Educativo 2.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Grupo de Investigación	28	9,2	Grupo de Investigación	19	5,6
Especialista en Epidemiología	8	2,6	Especialización en Medicina Estética y laser	8	2,3
Especialización en Anestesiología FCI	5	1,7	Especialista en Epidemiología	5	1,5
Especialización en Medicina Estética y laser	5	1,7	Grupo de Investigación en salud	5	1,5
Especialización en Neonatología	5	1,7	Especialización en Medicina Interna	4	1,2
Especialización en Ortopedia y Traumatología HOK	5	1,7	Especialización en Salud Ocupacional	4	1,2
Especialización en Cardiología	4	1,3	Especialización en Ginecología y Obstetricia	3	,9
Especialización en Ginecología y Obstetricia	4	1,3	Especialización en Neonatología	3	,9
Especialización en Radiología	4	1,3	Especialización en Radiología	3	,9
Especialización en Cuidado Intensivo Pediátrico	3	1,0	Especialización en Cardiología	2	,6
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Grupo de Investigación	25	5,9	Grupo de Investigación	23	5,7
Especialista en Epidemiología	7	1,7	Especialización en Salud Ocupacional	12	3,0
Especialización en Salud Ocupacional	6	1,4	Especialización en Ginecología y Obstetricia	7	1,7
Especialización en Ginecología y Obstetricia	5	1,2	Especialización en Medicina Estética y laser	7	1,7
Especialización en gestión del desarrollo humano y bienestar social empresarial	3	,7	Especialización en Neurología	7	1,7
Especialización en Cardiología	2	,5	Especialista en Epidemiología	5	1,2
Especialización en Medicina Estética y laser	2	,5	Especialización en Ortopedia y Traumatología HOK	5	1,2
Especialización en Oftalmología	2	,5	Especialización en Medicina Interna	3	,7
Grupo de Investigación en salud	2	,5	Especialización en Oftalmología	3	,7
Centro de Estudios Sociales Facultad de Ciencias Humanas Universidad Nacional de Colombia	1	,2	Especialización en Psiquiatría	3	,7

NIVEL EDUCATIVO DE LA INVESTIGACION

Tabla 27. Tipo de Documento.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Artículo de investigación	127	41,9	Artículo de investigación	143	41,9
Tesis de especialidad médica	102	33,7	Tesis de especialidad médica	118	34,6
Tesis de maestría	44	14,5	Tesis de maestría	65	19,1
Documento de investigación organismo gubernamental	27	8,9	Documento de investigación institución privada	7	2,1
Tesis de Doctorado	3	1,0	Documento de investigación organismo gubernamental	7	2,1
			Tesis de Doctorado	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Tesis de especialidad médica	170	40,4	Tesis de especialidad médica	204	50,7
Artículo de investigación	165	39,2	Artículo de investigación	136	33,8
Tesis de maestría	76	18,1	Tesis de maestría	44	10,9
Documento de investigación organismo gubernamental	7	1,7	Documento de investigación organismo gubernamental	12	3,0
Tesis de Doctorado	3	,7	Tesis de Doctorado	5	1,2
			Documento de investigación institución privada	1	,2

CAMPO EN QUE SE UBICA

Tabla 28. Campo en que se Ubica.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Salud	109	36,0	Salud	139	40,8
Enfermedad	103	34,0	Enfermedad	108	31,7
Calidad de vida y salud	83	27,4	Calidad de vida y salud	89	26,1
Salud pública	1	,3			
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Salud	177	42,0	Salud	175	43,5
Enfermedad	146	34,7	Enfermedad	143	35,6
Calidad de vida y salud	94	22,3	Calidad de vida y salud	75	18,7
Calidad de vida	3	,7			
Salud pública	1	,2			

TEMA DE INVESTIGACIÓN

Tabla 29. Tema Central 1.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Incontinencia urinaria	3	1,0	Consumo de alcohol	3	,9
Actividad Física	2	,7	Ausentismo laboral	2	,6
Calidad de Vida	2	,7	Calidad de vida	2	,6
Cáncer de seno	2	,7	Cáncer	2	,6
Dismenorrea en estudiantes	2	,7	Enfermedad coronaria	2	,6
Malformaciones congénitas	2	,7	Enfermedad renal crónica	2	,6
Relajación neuromuscular	2	,7	Trauma Craneoencefálico	2	,6
Tuberculosis	2	,7	Acceso a los servicios de salud para la población con VIH	1	,3
neuropatía auditiva	1	,3	Abandono del tratamiento en el niño con cáncer	1	,3
Abordaje extraperitoneal para el tratamiento del aneurisma de aorta abdominal	1	,3	Abordaje de la discapacidad en facultades de psicología	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Farmacovigilancia	4	1,0	Cáncer	4	1,0
Calidad de vida laboral	3	,7	Síntomas osteomusculares	4	1,0
Calidad de vida	2	,5	Calidad de vida	2	,5
Cáncer de mama	2	,5	Enfermedad de Parkinson	2	,5
Cáncer gástrico	2	,5	Factores asociados a rehospitalización temprana en psiquiatría	2	,5
Consumo de alcohol	2	,5	Leucemia linfoide aguda	2	,5
Desnutrición	2	,5	Pancreatitis aguda	2	,5
Enfermedad coronaria	2	,5	Fractura del tercio medio de clavícula	1	,2
Esquizofrenia	2	,5	Vigilancia epidemiológica de la leptospirosis humana en Colombia	1	,2
Modelo basado en agentes	2	,5	(EPID) Enfermedad pulmonar intersticial difusa	1	,2

Tabla 30. Tema Central 2.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Calidad de vida	2	,7	Calidad de vida	4	1,2
Agua	1	,3	Adiposidad localizada	1	,3
Arterias uterinas	1	,3	Analizar la prevalencia de síndrome metabólico	1	,3
Cáncer de seno	1	,3	Apendicitis Aguda	1	,3
Carga física de trabajo	1	,3	Artritis reumatoidea	1	,3
Contaminadas por plaguicidas	1	,3	Bilirrubina sérica en neonatos	1	,3
Correlación entre el puntaje de Gleason obtenido en biopsia ecodirigida de próstata y el del espécimen final de prostatectomía radical	1	,3	Calidad de los medicamentos no cubiertos en el POS y su costo económico directo en una Entidad Promotora de Salud (EPS)	1	,3
Desarrollo socioafectivo	1	,3	Cáncer de Pulmón	1	,3
Desarrollo y caracterización de las biopelículas	1	,3	Colposcopia	1	,3
Deterioro de la calidad del aire y el detrimento de la salud pública	1	,3	Consecuencias del ausentismo laboral	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Calidad de vida	3	,7	Analgésicos opioides	1	,2
Cirugía cardiovascular	2	,5	Autocontrol	1	,2
Factores de riesgo	2	,5	Bloqueo nervio periférico	1	,2
Fisiopatología	2	,5	Buenas prácticas clínicas	1	,2
Acontecimiento adverso potencial	1	,2	Cadena de suministros de medicamentos	1	,2
Alcantarillado	1	,2	Características operativas de síndrome de flujo vaginal, en mujeres sintomáticas en edad reproductiva en Bogotá-Colombia 2010	1	,2
Alteraciones neuropsicológicas	1	,2	Conocimientos previos	1	,2
ASC-US	1	,2	Conocimientos, Actitudes y prácticas	1	,2
Asma	1	,2	Consumo de alcohol	1	,2
Auto-cuidado	1	,2	Diabetes Mellitus	1	,2

Tabla 31. Tema Central 3.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Construcción de modelos	1	,3	Ambientes de trabajo saludables	1	,3
Fuentes de carbono	1	,3	Analizar la prevalencia de glucemia en ayunas	1	,3
Grado de salud familiar	1	,3	Anomalías arteriales	1	,3
Infancia	1	,3	Biopsia de cervix	1	,3
Manipulación de cargas	1	,3	Calidad de vida	1	,3
Salud	1	,3	Derecho al patrimonio	1	,3
Uso de condón	1	,3	Evaluación de Tecnología en salud	1	,3
			Ganglio trigeminal	1	,3
			Imagen corporal	1	,3
			Preparación, dilución y administración de medicamentos	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Agua potable	1	,2	Estilo de Vínculo	1	,2
Calidad de vida relacionada con la salud	1	,2	Información y comunicación al paciente	1	,2
Compañero sexual	1	,2	Riesgo de la conducta sexual inadecuada	1	,2
Conocimientos, actitudes y prácticas	1	,2	Seguridad del paciente	1	,2
Correlación anatómica y ecocardiografía	1	,2	Violencia	1	,2
Efectos farmacológicos	1	,2			
Factores de riesgo asociados a la alergia alimentaria	1	,2			
Histeroscopia	1	,2			
Lesión del sistema nervioso central	1	,2			
Patrones neuropsicológicos de atención y función ejecutivas en pacientes pediátricos con VIH	1	,2			
Vigilancia en salud pública	1	,2			

Tabla 32. Subtema 1.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Comportamiento del evento a nivel mundial	4	1,3	Análisis económico	2	,6
Salud pública	3	1,0	Abuso de sustancias psicoactivas (SPA, por sus siglas en inglés)	1	,3
Antecedentes	2	,7	Accidente de tránsito	1	,3
Diagnóstico	2	,7	Accidente ocupacional	1	,3
Enfermedad	2	,7	Aceites y grasas	1	,3
Salud	2	,7	Actividades de educación para la salud	1	,3
“Satisfacción del paciente”	1	,3	Actividades de farmacovigilancia	1	,3
Abordaje extraperitoneal en el manejo de los aneurismas de aorta abdominal, abordaje transperitoneal, métodos menos invasivos, tratamiento endovascular, técnicas laparoscópicas	1	,3	Administración de medicamentos por la enfermera	1	,3
Acido tranexámico - administración y dosificación	1	,3	Adulto mayor	1	,3
Actos institucionales	1	,3	Adultos mayores	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Administración de personal-Estudio de casos; Planificación de recursos humanos--estudio de casos;Clima organizacional--estudio de casos; Instituciones prestadoras de servicios de salud--administracion--estudio de caso	3	,7	Embarazo	3	,7
Factores de riesgo	3	,7	Prevalencia	3	,7
Prevalencia	3	,7	Calidad de vida	2	,5
Enfermedad coronaria	2	,5	Carcinoma	2	,5
Nutrición	2	,5	Enfermedad coronaria	2	,5
Obesidad	2	,5	Factores de riesgo	2	,5
Salud	2	,5	Familia con adulto quirúrgico institucionalizado	2	,5
Seguridad del paciente	2	,5	Infarto agudo del miocardio	2	,5
Formación Académica	1	,2	Servicios de salud	2	,5
Acupuntura	1	,2	Suicidio	2	,5

Tabla 33. Subtema 2.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Prevalencia	4	1,3	Salud pública	4	1,2
Factores de riesgo	2	,7	Salud Pública	3	,9
Adicción a la nicotina	1	,3	Epidemiología - Investigaciones	2	,6
Antibióticos	1	,3	Sustancias psicoactivas (SPA)	2	,6
Apoyo social y familiar	1	,3	Accidente de tránsito	1	,3
Arterias uterinas	1	,3	Actividad física	1	,3
Aspectos hidráulicos: Número de Reynolds; Interacción del fluido con la pares de la tubería; Pérdidas de altura piezométrica por fricción	1	,3	Adaptación transcultural y validación a español	1	,3
Aterotrombosis	1	,3	Adiposidad localizada	1	,3
Calidad de la atención	1	,3	Adolescencia	1	,3
Calidad educativa	1	,3	Alcohol	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Calidad de vida	3	,7	Prevalencia	3	,7
Eventos adversos	3	,7	Conflicto	2	,5
Factores de riesgo	3	,7	Medicamentos	2	,5
Prevalencia	2	,5	Quimioterapia	2	,5
Salud pública	2	,5	Tratamiento	2	,5
Planes de Estudio	1	,2	Accidente	1	,2
Acontecimiento adverso potencial	1	,2	Acreditación de laboratorios clínicos	1	,2
Actividad Sexual en la adolescencia	1	,2	Administración hospitalaria	1	,2
Administración de servicios de salud	1	,2	Adolescentes	1	,2
Adolescencia y adultez temprana	1	,2	Alcantarillado	1	,2

Tabla 34. Subtema 3.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Comportamiento del evento en Colombia	8	2,6	Prevalencia	7	2,1
Salud pública	4	1,3	Comportamiento del evento en Colombia	2	,6
Acción de tutela y salud mental	1	,3	Salud pública	2	,6
Adquisición de una conducta saludable	1	,3	Acceso de emergencia a la tráquea	1	,3
Análisis de Situación en Salud (ASIS)	1	,3	Adolescentes	1	,3
Antecedentes	1	,3	Aleaciones para fábrica de restauraciones	1	,3
Bronquitis crónica	1	,3	Alta complejidad	1	,3
Calidad de vida	1	,3	Ambiente	1	,3
Características físicas del trabajador	1	,3	Análisis estratégico de competencia	1	,3
Comportamiento en Colombia	1	,3	Antibióticos	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Tratamiento	5	1,2	Factores de riesgo	3	,7
Factores de riesgo	2	,5	Prevalencia	3	,7
Quimioterapia	2	,5	Vigilancia epidemiológica	2	,5
Acceso Digiturno	1	,2	'Inequidad' global	1	,2
Adherencia	1	,2	Ablación	1	,2
Adulto Mayor	1	,2	Acceso efectivo a los servicios de salud de salud	1	,2
Ambiente de trabajo	1	,2	Activación social	1	,2
Anemia falciforme	1	,2	Adherencia al tratamiento	1	,2
Anemia gestacional	1	,2	Adherencia terapéutica	1	,2
Anomalías escamosas no invasoras del epitelio cervical	1	,2	Adolescencia	1	,2

PROBLEMA DE INVESTIGACION

Tabla 35. Línea de Investigación.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Enfermedad	90	29,7	Enfermedad	111	32,6
Salud	61	20,1	Salud	80	23,5
Calidad de vida y salud	59	19,5	Calidad de vida y salud	66	19,4
Sistemas, servicios de salud y políticas en salud	51	16,8	Sistemas, servicios de salud y políticas en salud	47	13,8
Factores globales que afectan la equidad en salud	16	5,3	Factores globales que afectan la equidad en salud	14	4,1
Prioridades del plan decenal de salud pública de Bogotá que se abordan en el documento	16	5,3	Prioridades del plan decenal de salud pública de Bogotá que se abordan en el documento	14	4,1
Estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de las poblaciones de Bogotá	7	2,3	Estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de las poblaciones de Bogotá	9	2,6
Estructuras y procesos que afectan la equidad en salud	3	1,0			
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Enfermedad	140	33,3	Enfermedad	134	33,3
Salud	115	27,3	Salud	98	24,4
Calidad de vida y salud	65	15,4	Sistemas, servicios de salud y políticas en salud	73	18,2
Sistemas, servicios de salud y políticas en salud	59	14,0	Calidad de vida y salud	55	13,7
Prioridades del plan decenal de salud pública de Bogotá que se abordan en el documento	20	4,8	Prioridades del plan decenal de salud pública de Bogotá que se abordan en el documento	18	4,5
Factores globales que afectan la equidad en salud	17	4,0	Factores globales que afectan la equidad en salud	16	4,0
Estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de las poblaciones de Bogotá	4	1,0	Estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de las poblaciones de Bogotá	6	1,5
Estructuras y procesos que afectan la equidad en salud	1	,2	Estructuras y procesos que afectan la equidad en salud	1	,2

Tabla 36. Enfermedad.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Incontinencia urinaria	3	1,0	Enfermedad coronaria	6	1,8
Asma	2	,7	Tuberculosis	3	,9
Cáncer de seno	2	,7	Celulitis	2	,6
Enfermedad diarreica aguda	2	,7	Depresión	2	,6
Enfermedad profesional	2	,7	Dolor lumbar	2	,6
Psicosis	2	,7	Enfermedad renal crónica	2	,6
(ITU) Infección Tracto Urinario	1	,3	Infección nosocomial	2	,6
Aneuploidia	1	,3	Migraña	2	,6
Aneurisma de aorta abdominal	1	,3	A H1N1/v09	1	,3
Ansiedad	1	,3	Acinetobacter baumannii	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Enfermedad coronaria	4	1,0	Cáncer	5	1,2
Tuberculosis	4	1,0	Enfermedad coronaria	3	,7
Asma	3	,7	Lesiones osteomusculares	3	,7
Artritis reumatoide	2	,5	Síndrome coronario agudo	3	,7
Cáncer colorrectal	2	,5	Síntomas osteomusculares	3	,7
Cáncer de mama	2	,5	Cáncer de esófago	2	,5
Cáncer gástrico	2	,5	Enfermedad respiratoria	2	,5
Hipertensión arterial	2	,5	Parkinson	2	,5
Parkinson	2	,5	Sobrepeso	2	,5
Trastorno disocial (TD)	2	,5	fractura del tercio medio de clavícula	1	,2

Tabla 37. Categoría del Plan Decenal.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Sistemas, servicios de salud y políticas en salud	97	32,0	Sistemas, servicios de salud y políticas en salud	102	29,9
Prioridades del plan decenal de salud pública de Bogotá que se abordan en el documento	85	28,1	Prioridades del plan decenal de salud pública de Bogotá que se abordan en el documento	93	27,3
Estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de las poblaciones de Bogotá	62	20,5	Estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de las poblaciones de Bogotá	77	22,6
Factores globales que afectan la equidad en salud	41	13,5	Factores globales que afectan la equidad en salud	44	12,9
Estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de las poblaciones	9	3,0	Estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de las poblaciones	10	2,9
estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de las poblaciones de Bogotá	1	,3	Sistemas, servicios y políticas de salud	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Sistemas, servicios de salud y políticas en salud	144	34,2	Sistemas, servicios de salud y políticas en salud	136	33,8
Prioridades del plan decenal de salud pública de Bogotá que se abordan en el documento	122	29,0	Estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de las poblaciones de Bogotá	90	22,3
Estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de las poblaciones de Bogotá	67	15,9	Prioridades del plan decenal de salud pública de Bogotá que se abordan en el documento	77	19,2
Factores globales que afectan la equidad en salud	59	14,0	Factores globales que afectan la equidad en salud	56	13,9
Estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de las poblaciones	16	3,8	Estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de las poblaciones	27	6,7
Prioridades en el plan decenal de Salud pública de Bogotá	1	,2	Prioridades en el plan decenal de Salud pública de Bogotá	1	,2
Sistemas, servicios y políticas de salud	1	,2			

DELIMITACION CONTEXTUAL

Tabla 38. Sexo.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Hombres y Mujeres	168	55,4	Hombres y Mujeres	204	59,8
Mujeres	29	9,6	Mujeres	31	9,1
Hombres	8	2,6	Hombres	12	3,5
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Hombres y Mujeres	237	56,3	Hombres y Mujeres	252	62,7
Mujeres	47	11,2	Mujeres	29	7,2
Hombres	19	4,5	Hombres	15	3,7

Tabla 39. Edad 1.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Edad adulta (18 años y mayores)	76	25,1	Edad adulta (18 años y mayores)	78	22,9
Adolescencia (13 - 17 años)	21	6,9	Edad adulta joven (18 -29 años)	20	5,9
Neonatal (nacimiento - 1 mes)	13	4,3	Edad medi(40 - 64 años)	18	5,3
Edad medi(40 - 64 años)	12	4,0	Adolescencia (13 - 17 años)	14	4,1
Edad adulta joven (18 -29 años)	11	3,6	Edad escolar (6 - 12 años)	11	3,2
Edad 65 y mayores	9	3,0	Edad treinta (30 - 39 años)	11	3,2
Edad escolar (6 - 12 años)	9	3,0	Neonatal (nacimiento - 1 mes)	11	3,2
Infancia (nacimiento - 12 años)	7	2,3	Edad 65 y mayores	10	2,9
Niño pre-escolar (2 - 5 años)	6	2,0	Niño pre-escolar (2 - 5 años)	6	1,8
Edad treinta (30 - 39 años)	3	1,0	Infancia (2 - 23 meses)	3	,9
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Edad adulta (18 años y mayores)	116	27,6	Edad adulta (18 años y mayores)	84	20,9
Edad adulta joven (18 -29 años)	25	5,9	Edad adulta joven (18 -29 años)	30	7,5
Adolescencia (13 - 17 años)	22	5,2	Adolescencia (13 - 17 años)	20	5,0
Edad medi(40 - 64 años)	15	3,6	Edad medi(40 - 64 años)	19	4,7
Neonatal (nacimiento - 1 mes)	15	3,6	Edad treinta (30 - 39 años)	16	4,0
Edad treinta (30 - 39 años)	14	3,3	Neonatal (nacimiento - 1 mes)	16	4,0
Edad 65 y mayores	13	3,1	Edad escolar (6 - 12 años)	15	3,7
Edad escolar (6 - 12 años)	13	3,1	Niño pre-escolar (2 - 5 años)	9	2,2
Niño pre-escolar (2 - 5 años)	9	2,1	Edad 65 y mayores	8	2,0
Infancia (2 - 23 meses)	3	,7	Infancia (2 - 23 meses)	5	1,2

Tabla 40. Edad 2.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Edad adulta (18 años y mayores)	15	5,0	Edad medi(40 - 64 años)	14	4,1
Adolescencia (13 - 17 años)	10	3,3	Adolescencia (13 - 17 años)	11	3,2
Edad 65 y mayores	9	3,0	Edad 65 y mayores	11	3,2
Edad 85 y mayores	9	3,0	Edad 85 y mayores	10	2,9
Edad medi(40 - 64 años)	6	2,0	Edad adulta (18 años y mayores)	8	2,3
Edad treinta (30 - 39 años)	3	1,0	Edad adulta joven (18 -29 años)	8	2,3
Edad escolar (6 - 12 años)	2	,7	Edad treinta (30 - 39 años)	8	2,3
Neonatal (nacimiento - 1 mes)	2	,7	Edad escolar (6 - 12 años)	4	1,2
Infancia (nacimiento - 12 años)	1	,3	Neonatal (nacimiento - 1 mes)	1	,3
			Niño pre-escolar (2 - 5 años)	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Edad 65 y mayores	20	4,8	Edad adulta (18 años y mayores)	25	6,2
Edad medi(40 - 64 años)	19	4,5	Edad medi(40 - 64 años)	16	4,0
Edad adulta (18 años y mayores)	17	4,0	Edad 65 y mayores	14	3,5
Edad adulta joven (18 -29 años)	10	2,4	Edad 85 y mayores	11	2,7
Adolescencia (13 - 17 años)	8	1,9	Adolescencia (13 - 17 años)	9	2,2
Edad 85 y mayores	8	1,9	Edad adulta joven (18 -29 años)	9	2,2
Edad escolar (6 - 12 años)	4	1,0	Edad treinta (30 - 39 años)	8	2,0
Edad treinta (30 - 39 años)	3	,7	Infancia (nacimiento - 12 años)	4	1,0
Infancia (2 - 23 meses)	3	,7	Edad escolar (6 - 12 años)	3	,7
Niño pre-escolar (2 - 5 años)	2	,5	Neonatal (nacimiento - 1 mes)	1	,2

Tabla 41a. Características 1.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Cáncer Cervical	2	,7	Cáncer	2	,6
10 soldados diagnosticados con Trastorno de estrés posttraumático	1	,3	Pacientes con cáncer papilar de tiroides a quienes se les practico ablación post-quirúrgica con yodo radiactivo en la Fundación Cardioinfantil entre enero de 2006 y enero de 2010	1	,3
100 transeúntes o usuarios del parque vecinal San Marcos de la localidad de Engativá	1	,3	17 pacientes hospitalizados diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo II	1	,3
12 médicos (7 mujeres- 5 hombres) especialistas en salud ocupacional y medicina laboral de la Coordinación Nacional de Medicina Laboral	1	,3	200 pacientes nacidos en el Hospital de San José y hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo e intermedio durante un período de seis meses, entre marzo y agosto de 2009	1	,3
170 Niños con Leucemia Linfoblástica Aguda atendidos en la Fundación HOMI Hospital La Misericordia durante los años 2005 a 2009 con inmunofenotipos por citometría de flujo realizados en el Laboratorio de Patología de la Fundación Santa Fe de Bogotá con estudios de seguimiento realizados en el mismo laboratorio	1	,3	35 pacientes con enfermedad coronaria que asisten a la consulta de Rehabilitación cardiaca en la Clínica de Medicina Física y Rehabilitación Fray Bartolomé de las Casas, sede del Hospital Simón Bolívar de la ciudad de Bogotá	1	,3
2 Casos de mujeres de 26 y 36 años con antecedente de conización	1	,3	51 pacientes diagnosticadas clínicamente con cáncer de seno, con confirmación histológica de la enfermedad y previa revisión de la historia clínica para establecer si cumplían con los criterios de inclusión para el estudio	1	,3
26 y 84 años	1	,3	529982 (27%) se encuentran bajo la línea de pobreza	1	,3
314 cuidadores de personas en situación de enfermedad crónica del distrito capital	1	,3	588 personas pertenecientes 129 familias 53% mujeres, 47% hombres ¿por grupo de edad adolescentes con 28%, niños y mayores de 60 años fueron el 16% y el resto estaba entre los 20 y 59 años	1	,3
5 residentes activos	1	,3	83 docentes, 33 administrativos y 442 estudiantes	1	,3
60 diagnóstico "Enfermedad de Membrana Hialina"	1	,3	93 pacientes (27 hombres; 66 mujeres) adultos en manejo con acupuntura de la clínica del dolor del Hospital el Tunal	1	,3

Tabla 41b. Características 1.

2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Trabajadores	4	1,0	Revisión sistemática	3	,7
Revisión sistemática	3	,7	Pacientes hospitalizados con diagnóstico AM	2	,5
Estudiantes de medicina	2	,5	Revisión sistemática de la literatura	2	,5
Periodoncitis Crónica	2	,5	98 pacientes exitosamente extubados	1	,2
38 pacientes programados para cirugía de Revascularización miocárdica en la Clínica Shaio de Bogotá	1	,2	Familiar del paciente que ingrese a la unidad de cuidados intensivos adultos de la Clínica Universidad de La Sabana con un grado de consanguinidad directa (papá, mamá e hijos) o según grado de afinidad (esposo, esposa o compañero (a) permanente)	1	,2
Diagnosticados con Trastornos Generalizados del desarrollo, Dificultades del Aprendizaje, Trastorno por Déficit de Atención e hiperactividad, Retardo Mental, Retardo en el Desarrollo, seleccionados a través de una estrategia de muestreo no probabilístico con sujetos tipo, es decir que reuniera las características requeridas	1	,2	Profesionales encargados de tomar la decisión de contratar a los Médicos Familiares en IPS de Bogotá	1	,2
niños menores de 18 años, correspondientes de 66 casos y 66 controles	1	,2	(30 de UCI y 30 de cirugía ambulatoria) a quienes se les realizó nasofibrolaringoscopia a las 24 horas post-extubación y a las 3 semanas de control y se registran las lesiones laríngeas encontradas	1	,2
100 familias con adolescentes gestantes de las cuales 50 presentaron alguna morbilidad en el tercer trimestre y 50 que no presentaron atendidos en el Hospital Universitario clínica San Rafael y la clínica Carlos Lleras Restrepo de la ciudad de Bogotá	1	,2	10 años de edad	1	,2
1452 estudios histopatológicos Universidad del Bosque, Centro de Diagnóstico en Citopatología y Hospital de la Misericordia durante el periodo comprendido entre los años 2006 a 2010	1	,2	11 pacientes pediátricos con diagnóstico de enfermedad de Kawasaki de la clínica del Country	1	,2
180 pacientes diabéticos tipo 2 ambulatorios mayores de 18 años en el área de consulta externa	1	,2	12 pacientes diagnosticados con cáncer de esófago que asistieron al servicio de Cirugía Gastrointestinal y Endoscopia Digestiva del Instituto Nacional de Cáncerología Segunda prueba piloto: 12 pacientes diagnosticados con cáncer de esófago, 6 de los cuales habían participado en la primera prueba piloto	1	,2

Tabla 42. Características 2.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
128 diagnóstico "enfermedad de membrana hialina"	1	,3	118 casos, participantes del programa; 66 controles, no participantes del programa	1	,3
136 atenciones médicas escogidas al azar	1	,3	16 años en adelante	1	,3
192 controles sanos para esta enfermedad	1	,3	1977166 hogares	1	,3
4 urólogos	1	,3	22 en grupo con capsula de Albahaca y 22 en grupo de capsula de placebo	1	,3
45 soldados sin diagnosticados de Trastorno de estrés postraumático que han vivido experiencias similares de guerra	1	,3	4 médicos especialistas en medicina interna	1	,3
A sus familias se les aplicó un instrumento de recolección de información sobre características psicosociales y familiares	1	,3	73 fueron asistenciales y 20 administrativos	1	,3
Ayudantes de recolección empaque de productos lácteos	1	,3	Afiliadas al régimen contributivo del SGSSS	1	,3
Con clasificación socioeconómica 1 o 2	1	,3	Agosto y septiembre de 2011	1	,3
Con edades entre los 16 a 23 años	1	,3	Asistentes a consulta médica de atención primaria	1	,3
Conformadas por dos o más miembros	1	,3	Atendidos a lo largo de un año	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Sector Salud	3	,7	Recibieron tratamiento farmacológico con dipirona	2	,5
123 pacientes con catarata; 65 pacientes con síndrome de ojo seco y 105 con trauma ocular abierto	1	,2	10 hombres y 25 mujeres	1	,2
53 pacientes con tratamiento quirúrgico; 25 pacientes con tratamiento medico	1	,2	2086 participantes	1	,2
83 pacientes con las mismas características pero sin presencia del evento adverso	1	,2	38 que fracasaron	1	,2
A partir de Julio de 2007 hasta Enero de 2011	1	,2	495 pacientes que consultaron a la Asociación Colombiana de Diabetes (ACD) entre julio de 2005 y septiembre de 2007 se realizó un muestreo no probabilístico, el cual incluyó casos consecutivos de DM 2 y que pertenecieron al estudio previo de diabetes mellitus y función pulmonar	1	,2
Admitidos en un servicio de fisioterapia	1	,2	7 programas de maestrías de Universidades Internacionales	1	,2
Atendidas en el programa de adolescentes en una institución de salud de Bogotá, entre el año 2009 y 2010	1	,2	8 diferentes Ciudades de Colombia: Bogotá 124 (46,4%), Medellín 44 (16,5%), Armenia 15 (15,6%), Barranquilla 29 (10,9%), Cartagena 19 (7,1%), Tunja 16 (6,0%), Cali 11 (4,1%) y Bucaramanga 9 (3,4%)	1	,2
Atendidos en el servicio de Consulta Externa	1	,2	a quienes se les inició manejo antihipertensivo entre el primero de enero de 2010 hasta el 31 de agosto de 2013 pacientes de 15 a 38 años	1	,2
beneficiarias del Servicio de Atención Integral a la Primera Infancia en la Estrategia Entorno Familiar de la Secretaría Distrital de Integración Social	1	,2	Activos laboralmente que consultan el servicio de urgencias y de consulta externa de Ortopedia del Hospital Occidente de Kennedy y Hospital Santa Clara en un periodo comprendido entre Enero de 2009 y Julio de 2011 con diagnóstico de fractura del tercio medio de clavícula	1	,2
Búsqueda de literatura relevante desde enero de 1996 hasta diciembre del 2011	1	,2	Acudieron al servicio de urgencias de la Fundación Santa Fe de Bogotá entre el 12 de octubre y el de noviembre de 2010	1	,2

Tabla 43. Institución de los Participantes.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Fundación Cardioinfantil	17	5,6	Fundación Cardioinfantil	16	4,7
Hospital de San José	11	3,6	Hospital de San José	14	4,1
Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá	6	2,0	Hospital Militar Central	11	3,2
Hospital Militar Central	5	1,7	Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá	11	3,2
Instituto Nacional de Cancerología	3	1,0	Hospital Occidente de Kennedy	4	1,2
Universidad del Rosario	3	1,0	Fundación Hospital de la Misericordia	3	,9
Endocare	2	,7	Hospital Simón Bolívar	3	,9
Hospital del Sur Empresa Social del Estado	2	,7	Instituto Nacional de Cancerología	3	,9
Hospital Occidente de Kennedy	2	,7	Clínica Nuestra Señora de la Paz	2	,6
Hospital Simón Bolívar	2	,7	Clínica Universitaria Colombia	2	,6
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Hospital de San José	18	4,3	Fundación Cardioinfantil	16	4,0
Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá	13	3,1	Hospital Universitario de la Samaritana	12	3,0
Hospital Militar Central	12	2,9	Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá	10	2,5
Hospital Universitario de la Samaritana	8	1,9	Hospital de San José	9	2,2
Fundación Cardioinfantil	7	1,7	Hospital Militar Central	8	2,0
Hospital Simón Bolívar	5	1,2	Fundación Oftalmológica Nacional	5	1,2
Hospital Universitario Fundación Santafé de Bogotá	5	1,2	Clínica Universidad de la Sabana	4	1,0
Fundación Hospital de la Misericordia	4	1,0	Fundación Hospital de la Misericordia	3	,7
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud	3	,7	Fundación Neumológica Colombiana	3	,7
Hospital Universitario Clínica San Rafael	3	,7	Hospital Santa Clara	3	,7

UNIDAD DE ANÁLISIS

Tabla 44. Instituciones.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Si	79	26,1	Si	93	27,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Si	91	21,6	Si	121	30,1

Tabla 45. Bases de Datos.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Si	58	19,1	Si	55	16,1
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Si	76	18,1	Si	68	16,9

Tabla 46. Historias Clínicas.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Si	63	20,8	Si	68	19,9
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Si	62	14,7	Si	77	19,2

Tabla 47. Exámenes Diagnósticos.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Si	53	17,5	Si	70	20,5
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Si	60	14,3	Si	75	18,7

Tabla 48. UA3.2 Datos Estadísticos.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Si	54	17,8	Si	71	20,8
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Si	55	13,1	Si	53	13,2

Tabla 49. Otros.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Cultivo de salmonelosis	1	,3	Normalidad	2	,6
48 muestras de epitelio superficial	1	,3	Revisión de literatura	2	,6
Cuestionario de Liderazgo Multifactorial (MLQ) de Bass y Avolio	1	,3	600 muestras alimentos listos para el consumo	1	,3
Cuestionario Honey-Alonso de Estilos de Aprendizaje(CHAEA)	1	,3	Aislamientos recuperados de procesos invasores de pacientes de todos los grupos de edad	1	,3
Encuesta	1	,3	Bancos de sangre	1	,3
Entrevista Semiestructurada- Entrevista a profundidad	1	,3	Cuestionario Quick-DASH (versión en español)	1	,3
Entrevistas a profundidad	1	,3	Encuestas; autoreporte	1	,3
Entrevistas en profundidad	1	,3	Entrevista	1	,3
Escala de calidad de vida versión familiar tipo likert	1	,3	Entrevistas etnográficas	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Revisión de literatura	4	1,0	Revisión de literatura	3	,7
Normalidad	2	,5	Normalidad	2	,5
1599 Aislamientos de Alimentos	1	,2	4 Localidades de Bogotá	1	,2
32 ganglio trigémino (GT) humanos de 16 cadáveres con no más de 24 h post mórtem en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Bogotá	1	,2	A partir del rotulo o etiqueta de los productos encontrados en las grandes superficies	1	,2
374 hogares	1	,2	Anillos corneoesclerales provenientes de ojos de banco a los que se les extrajeron muestras de limbo para cultivarlos en medios suplementados 20 cultivos para aplicar suplementos con el fin de observar y comparar el perfil de crecimiento de las células en los medios de cultivo	1	,2
Bases de datos de la librería COCHRANE-MEDLINE - BVS, Embase y LILACS	1	,2	Articulos	1	,2
Certificados de defunción	1	,2	Base de datos	1	,2
Cuestionario	1	,2	Biocidas	1	,2
Cuestionario de Función sexual, Impacto de los tratamientos, Perfil de estados de ánimo, Inventario de ansiedad y depresión de Beck	1	,2	Catéter guía al ostium coronario calibrado con la guía Certus® (Certus, St Jude Medical)	1	,2

REFERENTE TEÓRICO

Disciplina y núcleo de la disciplina

Tabla 50. Agronomía-Veterinaria.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Medicina veterinaria	1	,3	Medicina veterinaria	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Medicina veterinaria	3	,7	Agronomía	1	,2
			Medicina veterinaria	1	,2

Tabla 51. Bellas-Artes.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Música	1	,3			
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%

Tabla 52. Ciencias de la Educación.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Educación	2	,7			
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Educación	3	,7	Educación	6	1,5
			Ciencias de la educación	2	,5

Tabla 53. Ciencias de la Salud.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Medicina	194	64,0	Medicina	228	66,9
Enfermería	18	5,9	Enfermería	15	4,4
Ciencias de la salud	7	2,3	Ciencias de la salud	10	2,9
Salud Pública	5	1,7	Salud Pública	6	1,8
Terapias	4	1,3	Psicología	2	,6
Psicología	2	,7	Terapias	2	,6
Bacteriología	1	,3	Biología, microbiología y afines	1	,3
Ingeniería civil y afines	1	,3	Educación	1	,3
Nutrición y dietética	1	,3	Odontología	1	,3
Odontología	1	,3	Optometría	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Medicina	263	62,5	Medicina	266	66,2
Ciencias de la salud	16	3,8	Ciencias de la salud	25	6,2
Enfermería	15	3,6	Enfermería	18	4,5
Odontología	13	3,1	Odontología	11	2,7
Salud Pública	5	1,2	Administración	7	1,7
Administración	4	1,0	Nutrición y dietética	4	1,0
Nutrición y dietética	4	1,0	Salud Pública	4	1,0
Terapias	2	,5	Bacteriología	2	,5
Ingeniería ambiental, sanitaria y afines	1	,2	Optometría	2	,5
Ingeniería civil y afines	1	,2	Psicología	2	,5

Tabla 54. Ciencias Sociales y Humanas.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Psicología	17	5,6	Psicología	25	7,3
Derecho y afines	3	1,0	Derecho y afines	4	1,2
Ciencias sociales y humanas	1	,3	Antropología y artes liberales	1	,3
Deportes, Educación física, Recreación	1	,3	Sociología, trabajo social y afines	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Psicología	29	6,9	Psicología	12	3,0
Derecho y afines	6	1,4	Ciencias sociales y humanas	1	,2
Antropología y artes liberales	1	,2			
Sociología, trabajo social y afines	1	,2			

Tabla 55. Economía-Administración-Contaduría.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Administración	3	1,0	Administración	3	,9
Economía	3	1,0	Economía	3	,9
Economía, administración, contaduría y afines	1	,3	Economía, administración, contaduría y afines	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Administración	6	1,4	Administración	5	1,2
Economía	2	,5			
Economía, administración, contaduría y afines	1	,2			

Tabla 56. Ingeniería-Arquitectura-Urbanismo.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Ingeniería civil y afines	4	1,3	Ingeniería civil y afines	4	1,2
Ingeniería ambiental, sanitaria y afines	3	1,0	Ingeniería industrial y afines	2	,6
Arquitectura	1	,3	Arquitectura	1	,3
Ingeniería administrativa y afines	1	,3	Ingeniería de sistemas, telemática y afines	1	,3
Ingeniería industrial y afines	1	,3	Ingeniería electrónica, telecomunicaciones y afines	1	,3
Ingeniería mecánica y afines	1	,3			
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Ingeniería civil y afines	6	1,4	Ingeniería ambiental, sanitaria y afines	7	1,7
Ingeniería industrial y afines	5	1,2	Ingeniería industrial y afines	4	1,0
Ingeniería ambiental, sanitaria y afines	3	,7	Arquitectura	2	,5
Ingeniería de sistemas, telemática y afines	2	,5	Ingeniería civil y afines	2	,5
Ingeniería electrónica, telecomunicaciones y afines	1	,2	Ingeniería electrónica, telecomunicaciones y afines	2	,5
Ingeniería, arquitectura, urbanismo y afines	1	,2	Ingeniería administrativa y afines	1	,2
			Ingeniería mecánica y afines	1	,2
			Ingeniería química y afines	1	,2

Tabla 57. Matemáticas-Ciencias-Naturales.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Biología, microbiología y afines	6	2,0	Biología, microbiología y afines	5	1,5
Química y afines	2	,7	Química y afines	1	,3
Geología	1	,3			
Matemáticas, estadísticas y afines	1	,3			
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Biología, microbiología y afines	4	1,0	Biología, microbiología y afines	5	1,2
Química y afines	2	,5			

Especialidad

Tabla 58. Especialidad.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Especialista en Epidemiología	28	9,2	Especialidad en Gerencia de la calidad en salud	15	3,8
Psiquiatría	8	2,6	Neuropsicología Clínica	10	2,9
Salud Pública	8	2,6	Psiquiatría	10	2,9
Pediatría	6	2,0	Oncología	8	2,3
Anestesiología	5	1,7	Cardiología	7	2,1
Especialización en Anestesiología FCI	5	1,7	Investigación	7	2,1
Especialización en Neonatología	5	1,7	Salud Pública	7	2,1
Especialización en Ortopedia y Traumatología HOK	5	1,7	Especialización en Medicina Estética y laser	6	1,8
Psicología Clínica y de la Salud	5	1,7	Psicología Clínica y de la Salud	6	1,8
Especialización en Cardiología	4	1,3	Especialidad en Epidemiología	5	1,5
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Oncología	19	4,5	Epidemiología	16	3,9
Especialista en Epidemiología	17	4,0	Medicina Interna	14	3,5
Pediatría	13	3,1	Especialización en Salud Ocupacional	13	3,2
Neuropsicología Clínica	12	2,9	Pediatría	12	3,0
Gerencia de la Calidad en salud	11	2,6	Cirugía General	10	2,5
Psiquiatría	10	2,4	Gerencia de la Calidad en salud	10	2,5
Neurología	8	1,9	Oncología	10	2,5
Dermatología	7	1,7	Medicina Física y Rehabilitación	8	2,0
Salud Pública	7	1,7	Cardiología	7	1,7
Epidemiología clínica	6	1,4	Especialización en Cirugía General	7	1,7

Referentes teóricos y conceptuales

Tabla 59. Referente 1.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Calidad de vida y salud	17	5,6	Enfermedad	24	7,0
Enfermedad	15	5,0	Calidad de vida y salud	11	3,2
Salud	10	3,3	Acupuntura	6	1,8
Sistemas, servicios de salud y políticas en salud	5	1,7	Organización Mundial de la Salud (OMS)	6	1,8
Prioridades del Plan Decenal de Salud Pública de Bogotá que se abordan en el documento	3	1,0	Prioridades del Plan Decenal de Salud Pública de Bogotá que se abordan en el documento	5	1,5
Calidad de vida	2	,7	Salud	5	1,5
Estructuras y procesos que afectan la equidad en salud	2	,7	Cognitivo-conductual	4	1,2
Organización Mundial de la Salud (OMS)	2	,7	Medicina ocupacional	3	,9
Disfunción Sexual Femenina	1	,3	Sistemas, servicios de salud y políticas en salud	3	,9
Ejercicio	1	,3	Calidad de vida	2	,6
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Enfermedad	29	6,9	Enfermedad	36	9,0
Salud	17	4,0	Salud	16	4,0
Calidad de vida y salud	16	3,8	Calidad de vida y salud	14	3,5
Sistemas, servicios de salud y políticas en salud	9	2,1	Sistemas, servicios de salud y políticas en salud	8	2,0
Organización Mundial de la Salud (OMS)	7	1,7	Organización Mundial de la Salud (OMS)	6	1,5
Prioridades del Plan Decenal de Salud Pública de Bogotá que se abordan en el documento	5	1,2	Lesiones osteomusculares	3	,7
Positivista	4	1,0	Prioridades del Plan Decenal de Salud Pública de Bogotá que se abordan en el documento	3	,7
Ministerio de la Protección Social	3	,7	Conceptual	2	,5
Organización Panamericana de la Salud (OPS)	3	,7	Diálisis	2	,5
Calidad de vida	2	,5	Enfermedad cardiovascular	2	,5
Cesárea	2	,5			

Tabla 60. Referente 2.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Diagnóstico	2	,7	Ministerio de la Protección Social	4	1,2
Factores de riesgo	2	,7	Positivista	4	1,2
Beta carotenos	1	,3	Clasificación	3	,9
Generalidades e Historia	1	,3	Organización Mundial de la Salud (OMS)	3	,9
ACURIO, Guido et al 1997, Diagnóstico de la situación del Manejo de residuos sólidos municipales en América Latina y el Caribe Publicación conjunta del Banco Interamericano de Desarrollo y la OPS	1	,3	Acupuntura	2	,6
Administración	1	,3	Definición	2	,6
Afecto	1	,3	Enfermedad coronaria	2	,6
Agotamiento emocional	1	,3	Estudios	2	,6
Allele distribution of three X chromosome STR loci in an Antioquian population sample	1	,3	influenza A H1N1/v09	1	,3
Alonso J, Prieto L, Antó JM La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos	1	,3	Accidente de trabajo	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Organización Mundial de la Salud (OMS)	7	1,7	Epidemiología	5	1,2
Médico	3	,7	Generalidades	4	1,0
Ministerio de la Protección Social	3	,7	Organización Mundial de la Salud (OMS)	3	,7
Salud	2	,5	Generalidades	2	,5
Secretaría Distrital de Salud	2	,5	Estudios	2	,5
El rechazo al trasplante	1	,2	Fisiopatología	2	,5
Epidemiología de la ECV en AR	1	,2	Material particulado PM	2	,5
Adolescencia	1	,2	Médico	2	,5
Adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años)	1	,2	Ministerio de la Protección Social	2	,5
Adolescentes	1	,2	Errores humanos	1	,2

Tabla 61. Referente 3.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
[Acute diarrheal disease: a public health challenge in Colombia]	1	,3	Organización Panamericana de la Salud (OPS)	2	,6
Adolescencia	1	,3	Acosta, R (2007) Fluidez cognitiva y conducta ejecutiva en pacientes con trauma craneoencefálico con lesión frontal del Hospital Militar Central [Trabajo de grado] Medellín: Universidad San Buenaventura	1	,3
BAUMAN, Zygmunt (En busca de la política)	1	,3	Análisis coto-efectividad en la evaluación económica de intervenciones sanitarias (Prieto, I; 2006)	1	,3
Borda Villegas C Factores condicionantes del parto domiciliario en Bogotá, DC	1	,3	Ardila, A, Lopera, F, Rosselli, M, Moreno, S, Madrigal, L, Arango-Lasprilla, J (2000) Neuropsychological profile of a large kindred with familial Alzheimer's disease caused by the E280A single presenilin-1 mutation Arch Clin Neuropsychol, 15, 515 – 528 Baddeley, A (1999)	1	,3
Bromuro de vecuronio	1	,3	Asperger, H (1966) Pedagogía curativa Barcelona: Luz Miracle	1	,3
Brundage SC, Fitzpatrick AN Hepatitis A Am Fam Physician	1	,3	Assessment of depression in three medically ill, elderly populations: Alzheimer's disease, Parkinson's disease, and stroke	1	,3
Census and analysis of persistent false-negative results in serological diagnosis of human immunodeficiency virus type 1 group O infections	1	,3	Autopsias	1	,3
CIACUA Programa REDES Bogotá: Centro de investigaciones en acueductos y alcantarillado	1	,3	Bacchini, Roberto; García, Javier y Márquez, Ezequiel Evaluación de Inversiones con Opciones Reales Omicron 2006	1	,3
Colmena riesgos profesionales SENA	1	,3	Barceló, F, Muñoz, J, Pozo, M Rubia, F (1999) Evaluación de los deficit atencionales secundarios a traumatismos craneoencefálicos: aplicación de la cartografía cerebral al diagnóstico neuropsicológico Mafre Medicina	1	,3
Demencias	1	,3	Barker y Mc Conell (1962)	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Ministerio de la Protección Social	3	,7	Ministerio de la Protección Social	2	,5
Ministerio de Protección Social adolescentes	2	,5	Organización Panamericana de la Salud (OPS)	2	,5
American Heart Association Heart disease and stroke statistics 2005 update	1	,2	Cordon espinal y raíces nerviosas	1	,2
Ardila y Rosselli Neuropsicología Clínica	1	,2	“The use of quaternary ammonium disinfectants selects for persists at high frequency from some species of non-tuberculous mycobacteria and may be associated with outbreaks of soft tissue infections”	1	,2
Are late-onset schizophrenia spectrum disorders neurodegenerative conditions? Annual rates of change on two dementia measures	1	,2	Burnett, D (1998)	1	,2
Arias, A Propuesta de un sistema de costos para la liga contra el cáncer seccional Bogotá Pontificia Universidad Javeriana	1	,2	Cáncer	1	,2
Aristizábal Juan Carlos (2007) Validación por hidrodensimetría de ecuaciones de pliegues cutáneos utilizadas para estimar la composición corporal en mujeres Biomédica	1	,2	Caries assessment by Clínical examination with or without radiographs of young Chinese adults	1	,2
Arroyo y Cerqueira (1997)	1	,2	Castañeda, C, Fonseca, M, Núñez, J, Ramírez, J, Zapata, JG (2012)	1	,2
Artigas, J(2000) Aspectos Neurocognitivos del Síndrome de Asperger Rev de Neurología Clínica 1, 34-44	1	,2	CIE-10 y DSM-IV	1	,2
			Código Sanitario para los animales terrestres Encefalopatía espongiiforme bovina	1	,2

Tabla 62a. Referente 4.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Acadia de Bogotá Todas las ciclorrutas funcionando (2009)	1	,3	Asamblea Mundial de la Salud	1	,3
Adolescente	1	,3	Black, Scholes y Merton	1	,3
Alarcón Flores, Luis (2004)	1	,3	Cognoscitivismo	1	,3
Artículos 13 y 47 de la Constitución	1	,3	Enfoque de construcción de activos	1	,3
CIACUA, 2009; Donoso, 2009	1	,3	Fitzgerald, EE (1996) Microbial quality of water supply in distribution systems CRC Press, Boca Raton	1	,3
Cueto A, Hernández R Enfermedades del sistema músculo esquelético En: Piédrola G, Domínguez M, et al, eds Medicina preventiva y salud pública Barcelona: Salvat; 1988	1	,3	Goldratt (1990)	1	,3
Curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) Modulo 1: Enfermedades del PAI	1	,3	Herrera J, Moreno C Comportamiento gráfico de la presión arterial diastólica durante el embarazo en gestantes con riesgo de preeclampsia	1	,3
Marco conceptual para la evaluación de programas de salud Población y Salud en Mesoamérica	1	,3	Implementación de la política de seguridad del paciente Ministerio de la Protección social Republica de Colombia 2008	1	,3
Modelo conceptual de relaciones	1	,3	Informe epidemiológico de la vigilancia de eventos grupo factores de riesgo ambiental- Colombia 2010	1	,3
Movimientos anormales y Depresión	1	,3	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos-INVIMA; Organización Panamericana de la Salud Buenas prácticas Clínicas	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Aranda C El síndrome de Burnout o de quemarse en el trabajo: un conflicto en la salud de los profesionales Revista IIPSI Facultad de Psicología UNMSM	1	,2	“Antimicrobial biocides in the healthcare environment: efficacy, usage, policies, and perceived problems”	1	,2
Ardila, Rosselli, Matute (2010) Neuropsicología del Desarrollo Infantil	1	,2	Asociación Médica Mundial	1	,2
Castle C 2006 Principles and concepts of Agent-Based Modeling for developing geospatial simulations	1	,2	Enfermedad atópica	1	,2
Constitución Política Colombiana (1991)	1	,2	Enfoque biográfico	1	,2
Definición de desenlaces	1	,2	EPA (US environmental protection agency) 2004	1	,2
E Tobar Et al Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delirium: adaptación cultural y validación de la versión en idioma español Medicina Intensiva 2010	1	,2	Jaber Ma, 2011	1	,2
Electroforesis SDS-PAGE (IAEMMLI)	1	,2	Manual de Acreditación en Salud Ambulatoria y Hospitalaria, Ministerio de la Protección Social (2011)	1	,2
Enfoque sistémico planteado por Mara Selvini y su equipo - Los juegos psicóticos	1	,2	Naciones Unidas (2006)	1	,2
Folsch U, Nitsche R, Ludtke R, Hilgers R, Creutzfeldt W Early ERCP and papillotomy compared with conservative treatment for acute biliary pancreatitis	1	,2	Organización Mundial de la Salud (OMS)	1	,2
Group TK The KISCREEN Project	1	,2	Plan Nacional Sobre Drogas Centers for Disease Control (CDC)	1	,2

HIPÓTESIS, TESIS Y VARIABLES

Hipótesis y tesis

Tabla 63a. Hipótesis 1.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Hipótesis nula: No existen factores de riesgo para la aparición de Síndrome de Down ni existen factores asociados con mayor morbi-mortalidad en este Síndrome	1	,3	Al descargar sobre los sujetos la responsabilidad de prevenir las enfermedades y de mantener su propia salud, dotándolos para ello con conocimientos sobre los diferentes temas implicados en esta meta, los tres programas de PyP analizados en esta investigación, adicionan sobre los ingresos bajos de los hogares que se desenvuelven en condiciones de pobreza y participan en estas capacitaciones, costos extra que no asumen, pues estos dan prioridad a los gastos más indispensables o simplemente al consumo de bienes a los que se han habituado	1	,3
“El agua superficial y subterránea de la vereda Chorrillos sectores I, II y III, utilizada como principal fuente de abastecimiento de agua para consumo humano por los pobladores, se encuentra contaminada por plaguicidas”	1	,3	Dada la rareza de la enfermedad de Kienböck y baja prevalencia se hará una revisión en un reporte de caso ocurrido en el Hospital de San José de Bogotá	1	,3
Brote de enfermedad de erupción cutánea que cumple con el criterio de definición de caso para varicela, existe una ocurrencia de casos mayor que lo esperado y cuya transmisibilidad fue directa de persona a persona, mediante contacto con las lesiones y dispersión aérea, e indirecta mediante contacto con objetos contaminados	1	,3	Dado que en los sitios estudiados se encuentran claras evidencias de cambios en el modo de subsistencia y patrones de asentamiento a partir del IV milenio AP, se plantea como hipótesis que, la salud, vista a través de indicadores óseos de estrés, se vio afectada durante este periodo de transición Teniendo en cuenta lo anterior, se esperaría encontrar: Cambios en la dinámica demográfica% Aumento en la frecuencia de caries y disminución del desgaste dental en las poblaciones tardías% Cambios en las frecuencias de abscesos, enfermedad periodontal y dientes perdidos antemortem% Aumento en la frecuencia de hipoplasias del esmalte% Aumento de criba orbitaria, hiperostosis porótica y enfermedades infecciosas % Cambios en los patrones de crecimiento (estatura) y robustez % Alteraciones en la frecuencia y distribución de las enfermedades articulares degenerativas % Cambios en la distribución de lesiones traumáticas	1	,3
Con mejor comprensión del riesgo sexual juvenil, las políticas en SSR podrían ser más efectivas, en tanto la gente podría evitar los riesgos a través de acciones que apuntaran hacia un cambio de conducta Se realizó con la misma pauta de trabajo local – regional	1	,3	El consumo de drogas de abuso son factores importantes en la generación de violencia en la sociedad, pues no solo se trata del consumo sino el tipo de droga, el patrón de consumo y las circunstancias en que se desarrolla el consumo	1	,3

Tabla 63b. Hipótesis 1.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Diseñar en modelo de la gestión de la seguridad ocupacional relacionando los factores de riesgo con las condiciones laborales y de salud de los trabajadores que realizan actividades de pavimentación con asfalto en Bogotá DC, basado en dinámica de sistemas que permitirá realizar un análisis del sector interrelacionando las variables, de manera que se perciba fácilmente ña estructura y el comportamiento del sistema	1	,3	El contexto actual de la prestación de servicios de salud en Colombia dificulta la estabilidad laboral y favorece la multiplicidad de empleos en los médicos que laboran dentro del SGSSS	1	,3
El alto porcentaje de VPH 18 (44,4%) negativo con los iniciadores dirigidos hacia la región L1, y detectado en el análisis de E7, sugiere una elevada integración de este tipo viral	1	,3	El grosor de la grasa epicárdica se asocia de forma independiente con la presencia, severidad y extensión de la enfermedad coronaria, así como con otros factores de riesgo cardiovascular	1	,3
El AT está relacionado con el desarrollo de convulsiones luego de cirugía cardíaca	1	,3	El tratamiento con acupuntura para la migraña resulta ser una opción que consume menos recursos para su tratamiento que la intervención con el protocolo propuesto por la medicina basada en la evidencia occidental, teniendo una efectividad similar a nivel profiláctico y en la fase temprana de la migraña considerando en el análisis los costos asociados a los eventos adversos que se presentan en ambas alternativas terapéuticas	1	,3
El diagnóstico de certeza de la salmonelosis lo dan los cultivos positivos En el 90 por ciento serán positivos durante la primera semana, mientras que sólo el 50 por ciento lo serán ya durante la segunda semana Teniendo en cuenta el no haber administrado antibióticos antes de la toma para realizar el cultivo, pues bajan su rendimiento El estándar de oro será el cultivo de médula ósea Entonces, ¿Son comparables los hemocultivos con los mielocultivos para el diagnóstico de salmonelosis?	1	,3	En los casos de insuficiencia venosa primaria mixta (superficial y profunda) el manejo de la insuficiencia venosa superficial mediante safenectomía mayor y/o menor por técnica convencional puede mejorar o resolver la insuficiencia venosa profunda, mejorando o normalizando parámetros hemodinámicos y clínicos	1	,3
El dispositivo de no reinhalación (NRMASK) permitirá administrar concentraciones predecibles de sevofluorano estimado con los valores de volumen corriente y fracción inspirada de oxígeno, para poder administrar dosis equivalentes para sedación profunda en pacientes llevados a procedimientos menores y además permitirá obtener una fracción inspirada de CO2 (reinhalación de CO2 igual a cero)	1	,3	Es la prevalencia de inmuno-marcadores infecciosos en sangre de donantes en el Hospital Militar Central, similar a los reportes nacionales de otros bancos de sangre?	1	,3
El estrato socio económico o las condiciones sociales del paciente puede ser un factor asociado a la presencia de ALTE	1	,3	Es posible que mediante mecanismos de planeación, se generen acciones de mejoramiento físico y abastecimiento de recursos, así como el desarrollo coherente de la población, el mejoramiento de la calidad de vida y la consolidación de procesos participativos efectivos	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
¿Es el sobrepeso y la obesidad una nueva forma de pobreza?	1	,2	A través de la implementación de las técnicas utilizadas en el modelo VMI, se definen las políticas generales para la gestión de la cadena de suministros de medicamentos y dispositivos médicos	1	,2
¿Existen características comunes entre las pacientes que presentan Síndrome de Congestión Pélvica y han sido atendidas en el Hospital Occidente de Kennedy y que permitan diseñar una escala encaminada a identificar en el futuro aquellos casos con dicha entidad?	1	,2	Dada importancia de la intervención endoscópica en el manejo de la coledocolitiasis gigante, esperamos encontrar en nuestro estudio una tasa de éxito similar a la expresada en la literatura, de aproximadamente el 80% y una tasa de fracaso del manejo endoscópico del 20% aproximadamente	1	,2

Tabla 63c. Hipótesis 1.

2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Adicionar ácido ascórbico a sulfato ferroso es más efectivo que el tratamiento único con sulfato ferroso para corregir la anemia ferropénica en infantes entre los 6 a 60 meses de vida	1	,2	El tratamiento con oclusión endoluminal con espuma es más eficaz que el manejo convencional para el cierre de la úlcera venosa en pacientes con presencia de úlcera venosa activa ratificada por la valoración clínica e insuficiencia venosa confirmada por dúplex, Hipótesis nula ; El porcentaje de curación de la úlcera venosa en el grupo de tratamiento con oclusión endoluminal con espuma es igual al porcentaje de curación de la úlcera en el grupo de pacientes con manejo convencional ; Hipótesis alterna ; El porcentaje de curación de la úlcera venosa en el grupo de tratamiento con oclusión endoluminal con espuma es diferente al porcentaje de curación de la úlcera en el grupo de pacientes con manejo convencional	1	,2
Al garantizar la accesibilidad al transporte público urbano para todas las personas incluyendo a las que presentan alguna discapacidad, aumenta la calidad de vida de la población, porque el sistema de transporte público se convierte en el medio por el cual se accede a oportunidades sociales, económicas y culturales necesarias para consolidar un vínculo participativo dentro de la sociedad	1	,2	El cepillado dental y la masticación en pacientes con enfermedad periodontal inducen bacteriemia	1	,2
Conceptual: Los pacientes llevados a cateterismo cardíaco retrógrado mediante punción arteria femoral en quienes se utiliza el dispositivo de cierre Angioseal® presentan una frecuencia diferente de complicaciones que aquellos pacientes en quienes se utiliza compresión manual para realizar hemostasia posterior al procedimiento	1	,2	El comportamiento de las lesiones laríngeas postintubación no se relaciona con el tiempo de intubación endotraqueal al cual ha sido expuesto el paciente	1	,2
Determinantes socio-económicas de la desnutrición global infantil en la Localidad de Ciudad Bolívar (Bogotá, Colombia) en el año 2011	1	,2	El estudio citogenético, hematológico y clínico de los síndromes mielodisplásicos permitirán su caracterización	1	,2
Determinar la prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador, los factores asociados y la asociación que este tiene con la función familiar, en los cuidadores de los pacientes atendidos por el Programa Integral de Rehabilitación (PIR) de la clínica Universidad de la Sabana	1	,2	El mejoramiento de la oferta residencial produciría una diversificación social de la población residente, lo que constituiría un factor de diversificación de la movilidad cotidiana de los habitantes	1	,2
Determinar la sensibilidad del TTPa con Actin FSL en la detección de pacientes con deficiencia de factores de coagulación comparada con el estándar de referencia, que es la determinación directa del nivel de actividad de factores de coagulación por método coagulométrico de un paso	1	,2	El programa AIREPOC (Programa de Atención Integral, Rehabilitación y Educación del paciente con EPOC), logra reducir el número de hospitalizaciones por causa respiratoria durante el primer año de seguimiento, cuando se compara con el año anterior al programa	1	,2
Diferencias en la CDV entre pacientes con parálisis de Bell y controles sanos	1	,2	El radio 33 mejora la sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de osteoporosis comparado con las medidas en fémur y cadera en mujeres mayores de 50 años	1	,2
El análisis del contraste de técnicas, métodos y modelos aplicados en la ingeniería contribuyen con la identificación de patrones que favorecen el pronóstico de la tuberculosis en la localidad de Usme y contribuyen a formular propuestas y planes de acción que ayudan a establecer lineamientos que favorecen la reducción de la transmisión de esta enfermedad	1	,2	El tratamiento farmacológico en pacientes con SDRA asociado a la terapia estándar ¿mejora los desenlaces de mortalidad, días libres de ventilación mecánica, días de UCI/Hx, y desarrollo de disfunción multiorgánica?	1	,2

Tabla 64a. Hipótesis 2.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
“En la población existen personas aquejadas de problemas potencialmente relacionados con la exposición a plaguicidas por el consumo de agua contaminada”	1	,3	Hipótesis alterna (Ha): Los factores de riesgo para caídas intrahospitalarias son modificables	1	,3
Al comparar pacientes que presentaron reacción adversa transfusional con Plasma Fresco Congelado versus paciente que no presentaron reacción adversa transfusional con Plasma Fresco Congelado si existe asociación entre la presencia de evento adverso y factores considerados de riesgo para reacción transfusional	1	,3	Hipótesis nula Los láseres fraccionales no son eficaces ni seguros en el tratamiento de cicatrices post-acné y post-quirúrgicas	1	,3
Altos niveles de percepción de amenaza y de afrontamiento, con relación a la adopción de la práctica de actividad física, determinan una intención de adopción de esta conducta Bajos niveles indican una intención desfavorable o de abandono de dicho comportamiento	1	,3	El desarrollo de procesos participativos inherentes a la ejecución de programas de mejoramiento integral de barrios, permiten generar acciones de planeación continua que contribuyen de forma más eficaz que la planeación sin participación, al aumento de los índices de calidad de vida, la solución de las problemáticas físicas y sociales, así como la promoción y validación de capacidades que puedan llevar al empoderamiento de los habitantes de la UPZ Patio Bonito, mejorando de esta manera sus niveles de inclusión política y social	1	,3
Cuando aumenta la edad de las donantes, es menor la capacidad replicativa de las células epiteliales cultivadas en los pases previos a la senescencia	1	,3	El grosor de la grasa epicárdica no tiene asociación con la presencia y extensión de la enfermedad coronaria, ni con los factores de tradicionales de riesgo cardiovascular	1	,3
El conflicto armado y el desplazamiento forzado generan consecuencias económicas, sociales y políticas que redundan negativamente en la salud emocional de los adolescentes víctimas de estas realidades, sin que necesariamente estas alteraciones psicológicas constituyan enfermedades mentales como tal, pero que tienen gran importancia, pues si se perpetúan conllevan a un dolor emocional crónico que interfiere en el desarrollo integral de estos individuos, en el proceso de aculturación en el lugar de recepción y por ende en la consolidación de su identidad En la medida que avanzó la recolección de la muestra y por ende el análisis categorial de la misma, se generaron diversas modificaciones a los planteamientos antes descritos, además de nuevas hipótesis, lo cual se ha expuesto en los apartados de discusión y conclusiones del presente trabajo	1	,3	Ha La serie no tiene raíz unitaria (Si hay estacionariedad)	1	,3
El manejo interdisciplinario integrado produce una disminución de peso mayor que un manejo multidisciplinario desintegrado	1	,3	Ha: La ecografía y el Doppler de placenta presentan diferentes características operativas en comparación con los criterios clínicos e histopatológicos establecidos para el diagnóstico de acretismo placentario	1	,3
Existen diferencias significativas en cuanto a la calidad de vida en función de las variables categoría del deporte practicado, la intensidad y la frecuencia con que este se práctica	1	,3	Ha: La escala fotográfica para la clasificación clínica de la severidad de la Paniculopatía Edematofibroesclerosa (Celulitis) en glúteos en un grupo de mujeres colombianas es una herramienta útil para evaluar el grado de severidad de la celulitis	1	,3
H1: Si hay asociación entre variables	1	,3	Ha: No existe asociación entre el Síndrome de Intestino Irritable y la ansiedad y la depresión	1	,3
Hipótesis alterna El grado de disfunción sexual en mujeres sometidas a cabestrillo suburetral para la corrección de la incontinencia urinaria está asociada al tipo de cabestrillo, edad, cirugías concomitantes, uso de terapia de reemplazo hormonal	1	,3	Hipótesis alterna No existe asociación entre la mortalidad a 90 días postoperatorio de fractura de cadera y cifras de tensión arterial sistólica al ingreso, niveles séricos de BUN y creatinina, Hemoglobina, niveles séricos de sodio, niveles séricos potasio, dependencia en actividades básicas cotidianas, delirium (pre y post quirúrgico) y deambulacion al alta	1	,3

Tabla 64b. Hipótesis 2.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Hipótesis alterna Los resultados obtenidos de la aplicación de la escala NEDOCs es una herramienta que permite medir el grado de congestión de los 3 servicios de urgencias de igual complejidad de adultos de Cundinamarca, Colombia	1	,3	Hipótesis Alterna (H1) La sustitución proteínas de origen cármico por proteínas de huevo de gallina induce una disminución significativa del fósforo sérico en pacientes con ERC en hemodiálisis	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
A mayor nivel de CDV y adecuados hábitos de salud, se incrementa el ejercicio de prácticas de liderazgo transformacional y se reduce el del liderazgo transaccional	1	,2	Hipótesis Alternativa: Existe relación entre los niveles de TSH neonatal elevada y algunos factores perinatales asociados a asfixia en recién nacidos atendidos en la IPS de estudio	1	,2
Cuando un sujeto, inmerso en este contexto, desarrolla la enfermedad y decide acceder a los servicios de salud en busca de la atención que requiere, debe enfrentarse a una serie de barreras estructurales e intermedias, y al mismo tiempo debe recorrer el itinerario burocrático de la salud, forzado por sus requerimientos administrativos, financieros y legales	1	,2	Cuando se presenta hiperautofluorescencia foveal en pacientes exitosamente tratados de DRR hay mayor ganancia de visión y/o se encuentra una integridad de la capa de la zona eIPSoide en pacientes operados con éxito anatómico de desprendimiento regmatógeno de la retina	1	,2
El grosor macular aparenta ser diferente posterior al tratamiento con Bevacizumab comparado con ranibizumab	1	,2	El radio 33 no mejora la sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de osteoporosis comparado con las medidas en fémur y cadera en mujeres mayores de 50 años	1	,2
El grupo de sujetos que es entrenado en estrategias comportamentales de control del consumo abusivo del alcohol, presentará un cambio significativo en el puntaje de la escala de consumo, pero dicho cambio no persistirá en el tiempo, con un nivel de significación de $p=0,05$	1	,2	Existe diferencia en la supervivencia cáncer específica entre los pacientes con carcinoma renal de células claras estadio II (T2N0M0) llevados a nefrectomía radical o a nefrectomía preservadora de nefronas	1	,2
En presencia de IACS en la UCI, es de esperarse una disminución en los recursos económicos destinados a los programas de vigilancia, control y prevención de este tipo de eventos	1	,2	H0: El índice de pulsatilidad no discrimina entre sujetos con infección del tracto urinario superior y sujetos con infección del tracto urinario inferior	1	,2
Está asociado el serotipo VPH con la concentración de ADN libre plasmático	1	,2	H0: Los aspectos socio-demográficos, clínicos, metabólicos, hematológicos, endocrinos y electrolíticos que intervienen en la calidad de vida de los pacientes que se encuentran en hemodiálisis, y no muestran diferencias entre la calidad de vida de los pacientes incidentes de los prevalentes	1	,2
Existe relación entre la Ansiedad de las mujeres sometidas a tratamiento por Cáncer de mama y la de sus compañeros Ho: No existe la relación Ha: Existe relación entre la Depresión de las mujeres sometidas a tratamiento por Cáncer de mama y la de sus compañeros Ho: No existe la relación	1	,2	Ha = La edad de inicio en pacientes con SS sin poliautoinmunidad es mayor a los pacientes con SS con poliautoinmunidad	1	,2
Existe un pronóstico diferente (menor sobrevida global) en pacientes con linfoma y médula ósea con infiltración tumoral comparada con pacientes con linfoma y sin infiltración tumoral	1	,2	Hipótesis Alterna (H1) La disminución del flujo de dializado induce una diferencia significativa de la ganancia interdialítica en pacientes con ERC en hemodiálisis	1	,2
H2 El trabajo de parto prolongado causa asfixia perinatal en los pacientes hospitalizados en la UCI neonatal de la Clínica Orquídeas	1	,2	Hipótesis alterna (HA): Existe asociación y por tanto diferencias estadísticamente significativas entre el grado en la escala de Fisher según hallazgos en la tomografía axial computarizada con el desarrollo de hidrocefalia en pacientes con hemorragia subaracnoidea espontánea	1	,2
Ha: El estado nutricional está relacionado con factores de riesgo para la presencia de desnutrición en menores de 7 años	1	,2	Hipótesis Alterna Existe discordancia con coeficiente de Kappa $< 0,89$ en la interpretación electrocardiográfica en los casos en los que se sospecha síndrome coronario agudo, entre especialistas asistenciales en urgencias y cardiólogos de la Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología	1	,2

Tabla 65. Hipótesis 3.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
El aumento en la actividad SA--gal puede ser considerado como predictor del inicio del estado senescente en las células epiteliales cultivadas	1	,3	Alterna: Existe correlación entre las dosis efectivas de exposición a radiación ionizante y la frecuencia de micronúcleos en ambas cohortes % Existen diferencias significativas entre las medianas de la dosis efectiva acumulada de tórax entre las cohortes % Existen diferencias significativas, entre la frecuencia de micronúcleos en ambas cohortes, durante la observación	1	,3
Hipótesis estadística por dimensión X1: La media de los valores asignados a los ítem de la dimensión antes de la intervención X2: La media de los valores asignados a los ítems de la dimensión después de tres consultas de la intervención Donde el recorrido de X1 y X2 es de 0 a 100 Ho: X1-X2 ? 40	1	,3	El incremento en la implementación de procesos participativos en la ciudad de Bogotá, y específicamente en la UPZ Patio Bonito garantizan la toma de decisiones acertadas, el desarrollo de mejores procesos de mejoramiento integral así como el dialogo permanente entre la población representada por sus líderes sociales y la Administración Distrital	1	,3
La evaluación de amenazas y de afrontamiento reportada describe diferencias significativas con relación a variables sociodemográficas (genero, estrato, escolaridad, tipo de AF) de acuerdo a la práctica de AF	1	,3	La evolución de los pacientes con Síndrome de Túnel del Carpo es más favorable que la de pacientes otro Desorden Musculoesquelético de miembros superiores	1	,3
La percepción de calidad de vida se relaciona directamente con las condiciones del deporte	1	,3	Los niveles de actividad física variarán de acuerdo a la edad, sexo, área de actividad y estado civil	1	,3
Los hemocultivos son una herramienta útil para el diagnóstico de la salmonelosis	1	,3			
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
El grupo de sujetos que fue expuesto a una intervención basada en estrategias de aceptación y difusión de pensamientos, emociones, recuerdos y sensaciones negativas para el sujeto, tendrá un puntaje menor en la escala de consumo de alcohol al final del periodo de seguimiento, en comparación con el grupo que fue expuesto a la intervención basada en estrategias comportamentales del consumo abusivo del alcohol, con un nivel de significación de p=005	1	,2	El índice de pulsatilidad discrimina entre sujetos con infección del tracto urinario superior y sujetos con infección del tracto urinario inferior	1	,2
Existe efecto del estado de ánimo, la Ansiedad y la Depresión sobre la salud sexual, y el Impacto de los tratamientos, en mujeres sometidas a este por Cáncer de mama, y en sus compañeros Ho: No existe efecto	1	,2	Hipótesis nula: No existe asociación entre las características de las relaciones sentimentales y la calidad de los sueños percibida por los jóvenes	1	,2
H0 El trabajo de parto prolongado No causa asfixia perinatal en los pacientes hospitalizados en la UCI neonatal de la Clínica Orquídeas	1	,2			
Hipótesis alterna: Existe diferencia en el número de complicaciones estadísticamente significativa entre los pacientes manejados con Angioseal® y los manejados con Compresión Manual	1	,2			
La temperatura y precipitación de la RFPBOB en el siglo XXI responderá de acuerdo al escenario de cambio climático analizado A1, A2 y A1B ; Se presentan diferencias entre los resultados de MarkSimGCM y los encontrados en estudios previos para la RFPBOB en cuanto a temperatura y precipitación en condiciones de cambio climático para la RFPBOB	1	,2			

Tabla 66a. Tesis 1.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Buscar información para conocer a los miembros del grupo familiar, darle a cada uno la posibilidad de posicionarse en su historia, desarrollar y reforzar la necesidad de pertenencia, diferenciar la línea conyugal de la parental, diferenciar los niveles generadores, y entender cómo están unidos los niños a sus dos familias de origen	1	,3	Existe un cambio de comportamiento frente a la actividad física y las características relacionadas con el uso y los beneficios del Centro Local de Actividad Física (CLAF), en la población de la localidad de Santa Fe de la ciudad de Bogotá Existe	1	,3
Comparar las representaciones sociales de los médicos y los pacientes para establecer sus diferencias y congruencias	1	,3	Existe un significado especial para las madres el cuidar al recién nacido prematuro en el hogar desde su contexto cultural	1	,3
Construir a partir de lo existente estrategias de desarrollo que provienen de la misma comunidad, en este caso, de los desplazados la lucha contra la exclusión	1	,3	Identificar los escenarios laborales de la educación, favorecería las condiciones de salud y trabajo de los docentes	1	,3
el proyecto 'Cuidando a cuidadores de personas en situación de discapacidad' Bogotá - segundo semestre de 2007 es efectivo	1	,3	La actividad ?-galactosidasa está asociada con la senescencia en fibroblastos del estroma ovárico in vitro	1	,3
Establecer las causas del incumplimiento del indicador de evitabilidad hospitalaria por ITU, permite mejorar el control de costo, aumentar la satisfacción y garantizar el impacto positivo en la salud de los afiliados	1	,3	La implementación de 'Escuela de espalda' mediante la técnica de 'Core' es efectiva para la prevención del dolor lumbar	1	,3
Establecer los valores normales de los múltiplos de la mediana para los analíticos séricos en el tamizaje prenatal de primer trimestre y establecer así la validez de la prueba en nuestra población tal y como se aplica en la actualidad	1	,3	La Prueba de Procesamiento Fonológico "PROFON" en niños tiene unas propiedades psicométricas	1	,3
La intención, entonces, es hacer explícitas dichas prácticas sobre atención psicológica a pacientes con psicosis, materializar los procesos de evaluación, intervención y seguimiento, y proporcionar orientación básica a todos aquellos psicólogos que estén inmersos o interesados en esta actividad	1	,3	Los trabajadores que han sido reubicados en una actividad laboral posterior a una enfermedad profesional o a un accidente de trabajo, no reportan satisfacción laboral	1	,3
La Participación y empoderamiento son relevantes en el bienestar del trabajador y la productividad de la organización	1	,3			
La vulnerabilidad de las mujeres en el tema de la salud sexual y reproductiva hace parte de las subjetividades femeninas que median en representaciones sociales en tanto identifican la manera de vivencia de la salud sexual y reproductiva de las mujeres trabajadoras sexuales que les generan situaciones de riesgo y vulnerabilidad tales como el descuido de su cuerpo, de su salud y de sus derechos	1	,3			

Tabla 66b. Tesis 1.

2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
“Las tensiones entre lo global y lo local”, en la medida que no existe una estrecha relación entre ambos campos, generando políticas aplicadas pero sin ningún resultado real sobre el problema	1	,2	Determinar el comportamiento sectorial, la situación de las organizaciones respecto al sector y visualizar las estrategias que pueden implementarse de acuerdo con los resultados, mejorando resultados financieros, comerciales, operativos, de portafolio de servicios y logrando en el tiempo una mejor posición dentro del sector estratégico	1	,2
El contexto y el contenido de las políticas de salud de Colombia han influido en la implementación de un modelo híbrido y segmentado de atención primaria en salud en Bogotá en el período del 2004 al 2010, a pesar de haberse formulado otro de atención primaria en salud integral	1	,2	El cuidado al final de la vida en nuestro medio, se encuentra en etapas iniciales y busca brindar el soporte según los principios de la medicina paliativa que orienta el trabajo a nivel mundial Actualmente no se cuenta con información a nivel de Bogotá ni en Colombia que dirija y oriente de forma precisa programas del cuidado al final de la vida relacionado a las necesidades específicas según las características de nuestra población	1	,2
Existen diferentes representaciones sociales de la salud sexual y la sexualidad, en grupos de adolescentes oyentes y sordos	1	,2	El desempeño en funciones ejecutivas de escolares entre ocho y trece años con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno del cálculo (TC), TDAH+TC y controles normales es diferente	1	,2
Existen limitaciones en la promoción y en la prevención de la salud sexual en niños en etapa escolar en la localidad de ciudad Bolívar Bogotá	1	,2	En la comparación fármaco económica (costo – utilidad / beneficio / efectividad) del Rituximab, con el tratamiento convencional para pacientes con Linfoma No Hodgkins , existen diferencias	1	,2
Factores de riesgo relacionadas con la morbimortalidad empresarial	1	,2	Establecer una nueva alternativa de gestión en la cadena de suministros a través de la Teoría de Restricciones (TOC)	1	,2
La Fundación Santa Fe de Bogotá, en sus 40 años, ha tenido una evolución en su estructura a partir de la misma evolución de estrategias	1	,2	Existen unos Determinantes sociales de la salud en Bogotá dc	1	,2
Retornar al sujeto como protagonista de la vida relacional - colectiva, recogiendo sus voces, teniendo en cuenta la realidad humana y sus matices, el sujeto y sus incertidumbres, el conocimiento y el cambio	1	,2	La presencia de sintomatología osteomuscular en el personal asistencial de una IPS Materno Infantil	1	,2
Se puede esperar que el clima innovador en el Hospital universitario sea positivo para los GRD	1	,2			

Tabla 67. Tesis 2.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Existen factores de vulnerabilidad entendidos como variable que caracterizan a las mujeres trabajadoras sexuales en tanto que afectan de manera negativa el ejercicio de su vida sexual y reproductiva	1	,3			
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%

Tabla 68. Tesis 3.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Las mujeres trabajadoras sexuales pueden presentar conocimiento, práctica y actitudes que determinan la forma de vivir su salud sexual y reproductiva que justifican la no utilización del condón masculino por no considerarlo medio de protección de la vida sexual y reproductiva	1	,3			
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%

Variables y categorías

Tabla 69. Variable Criterio 1.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Calidad de vida	1	,3	Cáncer de tiroides	1	,3
Confiabilidad - Validez de constructo	1	,3	Presencia de progresión, recaída o muerte por la enfermedad	1	,3
Conocimientos, Actitudes, prácticas de los médicos especialistas sobre la acupuntura como terapia médica	1	,3	Reacción adversa a medicamentos	1	,3
Costos en salud y calidad de vida	1	,3	Sexo; Edad	1	,3
Desnutrición	1	,3	Si fueron prescritos en monoterapia o en terapia combinada	1	,3
Desplazamiento por violencia	1	,3	Síndrome de desgaste profesional	1	,3
Edad, género	1	,3			
Ideación suicida	1	,3			
Mujeres sanas entre 18 y 25 años	1	,3			
Rendimiento académico en español, matemáticas, sociales y biología durante las últimas cuatro semanas: Determinado por la nota predominante en este período y conductas académicas como participar en clase, estudiar para las evaluaciones, hacer tareas, etc	1	,3			
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
1 Desnutrición crónica: proporción de niños y de niñas que muestran desnutrición crónica o baja talla para su edad, por año; 2 Desnutrición aguda: proporción de niños y de niñas que muestran desnutrición aguda o bajo peso para su talla, por año; 3 Desnutrición global: proporción de niños y de niñas que muestran desnutrición global o bajo peso para su edad, por año	1	,2	Bioequivalentes	1	,2
Anemia (ferropénica y no ferropénica)	1	,2	Compresión de contenido	1	,2
Bacteriemia; Endotoxiemia;	1	,2	Consumo de Alcohol	1	,2
Candidiasis oral; Candidiasis vulvo-vaginal persistente o que responde mal al tratamiento; Displasia cervical o carcinoma in situ; Fiebre o diarrea de más de un mes de evolución; Herpes zoster; Púrpura trombocitopénica idiopática; Leucoplasia oral vellosa; Enfermedad inflamatoria pélvica; Neuropatía periférica; Listeriosis; Estadio clínico B; Candidiasis esofágica; Coccidiomycosis diseminada; Carcinoma de cérvix	1	,2	Deceso por cualquier causa, registrado durante la estancia hospitalaria de los pacientes incluidos en el estudio	1	,2
Características clínicas de evolución	1	,2	Dentición	1	,2
Comportamiento suicida	1	,2	Desenlace	1	,2
Compromiso renal en pacientes con PHS; Tiempo a inicio de compromiso renal; hematuria; Proteinuria; Tipo de compromiso renal; Clasificación histológica del compromiso renal	1	,2	Embarazo adolescente	1	,2
Cultura Innovadora y la actitud frente a los GRD	1	,2	Género, edad, tipo de muestra, tipo histológico, localización y TNM	1	,2
Dacarbazina	1	,2	Grado de discapacidad e índice bacilar al momento del diagnóstico	1	,2
Diagnóstico clínico; Diagnóstico histopatológico	1	,2	Identificación mediante la ESGP-RIII-E de: dispepsia funcional, síndrome de intestino irritable, migraña abdominal, dolor abdominal funcional, síndrome de dolor abdominal funcional, estreñimiento funcional, incontinencia fecal no retentiva, aerofagia, síndrome de vómito cíclico y síndrome de rumiación del adolescente	1	,2

Tabla 70. Variable Criterio 2.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Analfabetismo	1	,3			
Intentos de suicidio	1	,3			
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
			Tipo de discapacidad	1	,2
			Verificación de contenido	1	,2

Tabla 71. Variable Criterio 3.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Ocupación	1	,3			
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
			Consistencia interna	1	,2
			Edad, ciudad	1	,2

Tabla 72. Variable Dependiente 1.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Calidad de vida	2	,7	Albahaca (<i>Ocimum basilicum</i>)	1	,3
Información sobre la existencia del médico homeópata; Características físicas del consultorio; Atención en recepción; Tiempo de espera previo a la atención	1	,3	Algoritmo de aproximación	1	,3
Accidentes de trabajo	1	,3	Algoritmo para procesamiento de imágenes 3D	1	,3
Actividad SA- gal normalizada	1	,3	ANGIOTAC	1	,3
Agentes carcinógenos grupos 1 y 2 ^a	1	,3	Ángulo de Inclinación copa acetabular postoperatorio	1	,3
Aparición o no de SDRA	1	,3	Aplicación web sobre Factores de riesgo relacionados con dolor lumbar	1	,3
Apgar al nacer	1	,3	Ausentismo laboral en la central de urgencias de una IPS	1	,3
Calidad de vida, grado de dependencia	1	,3	Calidad de Vida	1	,3
Calidad de vida: Escala de calidad de vida PQ-LES-Q; Delta de cambio	1	,3	Calidad de vida en enfermedades crónicas	1	,3
Complicaciones	1	,3	Cambio significativo entre las evaluaciones pre y post de los estudiantes del grupo experimental, evidenciando un dominio de los cuatro comportamientos que componen el procedimiento	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Calidad de vida	3	,7	Edad	2	,5
Afectación en tráfico de la carrera 9 entre calles 147 y 170	1	,2	Tiempo de reversión del bloqueo a relación TOF = 90% (T90): Definido como el intervalo de tiempo transcurrido desde la aplicación de la reversión del relajante muscular hasta la obtención de una relación T4:T1 = 09	2	,5
Afiliación al SGRP	1	,2	Acciones en dirección a los valores personales dada por la frecuencia de las acciones realizadas que permitieran un mejor progreso en el contexto hospitalario	1	,2
Bacteriemia; Endotoxiemia;	1	,2	Adherencia a la Guía de Práctica Clínica (GPC)	1	,2
Calidad de la muestra	1	,2	Adherencia al tratamiento	1	,2
Cambio climático	1	,2	Agudeza visual	1	,2
Candidiasis oral; Candidiasis vulvo-vaginal persistente o que responde mal al tratamiento; Displasia cervical o carcinoma in situ; Fiebre o diarrea de más de un mes de evolución; Herpes zoster; Púrpura trombocitopénica idiopática; Leucoplasia oral vellosa; Enfermedad inflamatoria pélvica ; Neuropatía periférica; Listeriosis ; Estadio clínico B; Candidiasis esofágica; Coccidiomycosis diseminada; Carcinoma de cérvix	1	,2	Alteración estética	1	,2
Características clínicas de evolución	1	,2	Anomalías estructurales cardíacas en las enfermedades coronarias	1	,2
Características de la población valorada en consulta médica presencial	1	,2	Antecedente anamnésico de hospitalización por diarrea	1	,2
Características particulares de los pacientes: edad, género, nivel educativo, estrato socio-económico, nivel de severidad de la enfermedad, número de recaídas (número de veces que el paciente ha sido hospitalizado a causa de la EM) y años de diagnóstico de la EM	1	,2	Bacteriemia	1	,2

Tabla 73. Variable Dependiente 2.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Alteración cosmética	1	,3	Funciones de elección de la EPS	1	,3
Complicaciones inmediatas	1	,3	Acidosis respiratoria	1	,3
Enfermedad profesional	1	,3	Anteversión acetabular postoperatoria	1	,3
Información brindada previa a la atención; Información brindada previa a la atención	1	,3	Comportamiento de las sustancias	1	,3
Material de la tubería; Rugosidad; Temperatura; Condiciones hidráulicas	1	,3	Determinación del tipo de tratamiento instaurado	1	,3
No calidad	1	,3	Dímero D	1	,3
Número Anomalías congénitas mayores; Hospitalización en cuidado intensivo; Ventilación mecánica; Sepsis temprana; Choque séptico	1	,3	Dotación-mantenimiento; Medicamentos y dispositivos médicos- gestión de medicamentos y dispositivos	1	,3
Número de comidas al día y las formas de preparación	1	,3	Eventración o evisceración; Dehiscencia de sutura	1	,3
Población celular normalizada	1	,3	Frecuencia cardiaca	1	,3
VEF1; %VEF1, VEF1/CVF	1	,3	Funciones Ejecutivas	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Actitudes	1	,2	Tiempo controlado por anestesia: Definido como la suma de (1) el tiempo desde el ingreso a salas de cirugía hasta el inicio de la preparación quirúrgica, mas (2) el tiempo desde el final del procedimiento quirúrgico hasta la salida de salas	2	,5
Características de la población valorada en consulta a través de telemedicina	1	,2	Aclaramiento (Opalescence®, Ultradent / Peróxido de Hidrógeno al 38 %)	1	,2
Complicaciones mayores	1	,2	Cantidad de pedido	1	,2
Costo cultivos	1	,2	Cuando hay cicatriz, clasificarla: hipertrófica, atrófica, queloide;	1	,2
Cuantitativa: Costo del evento; Costo de la atención sin prestación del evento	1	,2	Delta de sodio	1	,2
Embarazo recurrente	1	,2	Estancia hospitalaria; Tiempo quirúrgico	1	,2
Factores protectores de la Alergia alimentaria	1	,2	Evitación Experiencial	1	,2
Función renal por cistatina C	1	,2	Frecuencia de deseo sexual	1	,2
Gasto energético basal	1	,2	género	1	,2
Grupo	1	,2	Hiperemia	1	,2

Tabla 74. Variable Dependiente 3.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Días de estancia hospitalaria; Coagulación intravascular diseminada; Falla cardíaca; Muerte	1	,3	Afiliación o no al SGSSS	1	,3
Frecuencia de anomalías cromosómicas	1	,3	Área	1	,3
Funcionalidad del hombro	1	,3	Cirugía errónea; Muerte	1	,3
Obstrutivo; Restrictivo	1	,3	Consumo de oxígeno	1	,3
Privacidad y confidencialidad; Elementos de protección personal; Elementos de protección personal	1	,3	Criterios de Wells	1	,3
Tipo y concentración del desinfectante; Resistencia de los microorganismos a los desinfectantes	1	,3	Gestión; Dirección; Coordinación; Medición de la gestión; Presupuesto; Plan indicativo; Indicadores	1	,3
			Lugares y características de las sintomatologías	1	,3
			Procesos prioritarios asistenciales; Historia clínica y registros asistenciales; Interdependencia de los servicios; Referencia y contra referencia de pacientes; Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios	1	,3
			Saturación de oxígeno; Dolor mínimo o ausente	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Carrera; semestre cursado; hábitos de ejercicio	1	,2	Tiempo controlado por cirugía: Definido como la suma de (1) el tiempo desde el inicio de la preparación quirúrgica hasta el inicio de la cirugía más (2) el tiempo desde el inicio de la cirugía hasta el final de la cirugía	2	,5
Clase funcional global (HAQ Modificado)	1	,2	Aceleración	1	,2
Costo estancia-UCI	1	,2	Cantidad de dosis adicionales	1	,2
Ferritina Sérica	1	,2	Color de la piel tratada en el contro	1	,2
Gasto energético total predictivo	1	,2	Comorbilidad	1	,2
Las relaciones familiares y severidad de los síntomas y comportamientos problemáticos del paciente	1	,2	Complicaciones Perioperatorias; Clasificación ASA (American Society of Anesthesiologists)	1	,2
Leishmaniasis	1	,2	Conteo de pelo	1	,2
Maduración radicular	1	,2	Dolor	1	,2
Muerte; Recaída; Tiempo de sobrevida global; Tiempo de sobrevida libre	1	,2	Estado civil	1	,2
Número de parásitos empleados; sexo de los animales	1	,2	Frecuencia de excitación	1	,2

Tabla 75. Variable Descriptiva 1.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Edad	3	1,0	Datos sociodemográficos	8	2,3
Variables sociodemográficas	3	1,0	Características sociodemográficas	4	1,1
Características Sociodemográficas	2	,7	Edad	3	,9
Información demográfica	2	,7	Variables sociodemográficas	3	,9
Aspectos sociodemográficos e historia	1	,3	Demográficas	2	,6
Bienestar físico	1	,3	Sexo, Edad	2	,6
Características basales	1	,3	Características Basales y Factores de Riesgo	1	,3
Características basales de las madres y los recién nacidos	1	,3	Accidentalidad	1	,3
Características demográficas	1	,3	Accidentalidad laboral	1	,3
Características demográficas: [edad, ciclo vital, sexo, nivel de escolaridad y tipo de afiliación al sistema de seguridad social en salud (contributivo, subsidiado o vinculado)]	1	,3	Adaptación marginal In Vitro de incrustaciones MOD con terminación en esmalte fabricadas con IPS emax CAD (ComputerAsistedDesing)®	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Características Sociodemográficas	12	2,8	Características sociodemográficas	10	2,4
Demográficas	7	1,6	Sociodemográficas	5	1,2
Edad	6	1,4	Características demográficas	3	,7
Sociodemográficas	5	1,2	Variables sociodemográficas	3	,7
Datos sociodemográficos	4	1,0	Demográficas	2	,5
Variables sociodemográficas	4	1,0	Edad	2	,5
Características demográficas	2	,5	Variables demográficas	2	,5
Variables demográficas	2	,5	Adherencia al tratamiento	1	,2
Alimentos	1	,2	Anillo corneoescleral de banco	1	,2
Alteraciones multisistémicas en pacientes con depresión neonatal	1	,2	Aspectos antropológicos en la Gestión Directiva	1	,2

Tabla 76. Variable Descriptiva 2.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Datos clínicos y paraclínicos	1	,3	Clínicas	3	,9
Alteración en las relaciones personales; Percepción de la persona; Ausentismo Laboral	1	,3	Características Clínicas	2	,6
Antecedente de litiasis urinaria e intervenciones realizadas en dichos eventos	1	,3	Edad	2	,6
Antibiótico disponible	1	,3	Adaptación marginal In Vitro de incrustaciones fabricadas en oro tipo III	1	,3
Bienestar social; Bienestar espiritual	1	,3	Antecedentes obstétricos como antecedente de hijo con infección neonatal temprana o muerte perinatal	1	,3
Características Clínicas	1	,3	Antecedentes patológicos; Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual asociadas; Agudeza visual; Examen pupilar; Movimiento oculares	1	,3
Clasificación de Gustilo, extremidad fracturada	1	,3	Antecedentes y conductas sexuales de riesgo entre la población de donantes	1	,3
Clínicas	1	,3	Antigüedad en su trabajo; tipo de contrato; tipo de salario	1	,3
Complicaciones del embarazo (el peso al nacer, Apgar y duración de la hospitalización del recién nacido)	1	,3	Autoestima; BRSQ; BRS; PS; SF-36: Salud física; salud mental	1	,3
condiciones físicas de la atención	1	,3	Calidad de la muestra y diagnóstico (base líquida)	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Clínicas	6	1,4	Clínicas	8	2,0
Características Clínicas	4	1,0	Características Clínicas	2	,5
Sexo	3	,7	Acreditación de alta calidad; calidad total, PEI, PEP	1	,2
Diagnóstico	2	,5	Alergia a la proteína de leche de vaca	1	,2
Factores de Riesgo	2	,5	Antecedentes: Prenatales, perinatales y post natales en posible relación a la etiología	1	,2
Area de trabajo habitual y tipo de vinculación laboral	1	,2	Antigüedad; Dolor; Tipo de lesión; Complejidad del caso	1	,2
Características prequirúrgicas	1	,2	Aspectos de la Gestión Directiva	1	,2
Alteración mental; Falla respiratoria	1	,2	Biológicas	1	,2
ámbito de la plataforma de Tele dermatología	1	,2	Calidad y la Efectividad	1	,2
Antecedente familiar de DI/RM, antecedente familiar de enfermedad neurológica	1	,2	Características Clínicas: histología, índice de carcinomatosis peritoneal (PCI), características de los procedimientos quirúrgicos y varios desenlaces, como la supervivencia libre de recaída (SLR) y la global (SG)	1	,2

Tabla 77. Variable Descriptiva 3.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Antigüedad en el Hospital; antigüedad en el cargo; Antigüedad en el área de desempeño; Satisfacción laboral	1	,3	Adherencia al Procedimiento de la Regulación de la Urgencia Médica por parte del Técnico Auxiliar en Regulación Médica (TARM),	1	,3
Apoyo familiar y social	1	,3	Afiliación al SGSS	1	,3
Bandas oligoclonales	1	,3	Ajuste (el atributo que permite medir ajustes a la notificación semanal)	1	,3
Bienestar psicológico	1	,3	Analgésicos más frecuentemente usados	1	,3
Catéteres centrales despachados por la farmacia central 244 historias; Historias clínicas entregadas por el archivo central 113 historias; Técnica de reparos anatómicos 28 pacientes	1	,3	Antecedentes de donación y Marcador infeccioso	1	,3
Complicaciones, mortalidad hasta el egreso del hospital, días de hospitalización y requerimiento de nutrición enteral por sonda	1	,3	Antecedentes médicos familiares	1	,3
Conocimiento acerca de la Herbolgía; Conocimiento acerca de las terapias manuales ; Conocimiento acerca de las terapias con filtros; Conocimiento acerca de los ejercicios terapéuticos; Actitud acerca del fundamento científico de la Medicina Alternativa y Complementaria; Actitud acerca de la Medicina Alternativa y Complementaria en el manejo de enfermedades crónicas; Actitud acerca de la Medicina Alternativa y Complementaria en el manejo de enfermedades agudas ; Actitud acerca de si la Medicina Alternativa y Complementaria actúa únicamente como placebo	1	,3	Calidad de vida en salud: Funcionamiento físico; Rol físico; Dolor corporal; Salud general; Vitalidad; Funcionamiento social; Rol emocional; Salud mental; Salud reportada; Conflicto psicolaboral	1	,3
Consumo de cigarrillos; consumo de alcohol; practica de ejercicio; alimentación	1	,3	Características	1	,3
Costo de rehabilitación por metro lineal de tubo; Rentabilidad; Rugosidad	1	,3	Características clínicas de los niños con defectos refractivos	1	,3
De protección personal; de exposición	1	,3	clase funcional de ingreso según clasificación de New York Heart Association, comorbilidades, antecedentes farmacológicos (medicamentos administrados en el último mes previo al ingreso) y signos vitales	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Porcentaje de especialistas por sexo	1	,2	DNA extracted from; DNA from relatives	1	,2
Antecedente de Tabaquismo materno; Alcoholismo materno; Sustancias Psicoactivas Maternas	1	,2	Antecedentes de abuso sexual	1	,2
Año, mes y día de la semana en la que ocurrió el accidente, si el trabajador se encontraba realizando o no su labor habitual, área donde ocurrió el accidente, tipo de lesión, localización corporal, agente del accidente, usuario original del objeto causante, fluido contaminante y si estaba contaminado con sangre, mecanismo del accidente y determinante de ocurrencia	1	,2	APGAR	1	,2
Ashworth; Contracción muscular; Análisis de actividad motora de la marcha	1	,2	Arritmia Cardíaca; Insuficiencia respiratoria; Alteraciones en el lugar de administración	1	,2
Cantidad de sangrado y morbilidad	1	,2	Autoevaluación: Gestión Directiva y Calidad	1	,2
Características Clínicas al diagnóstico	1	,2	Cálculo del BILAG-2004 y SELENA-SLEDAI	1	,2
Características maternas; Edad de inicio de nutrición enteral	1	,2	Características gineco-obstétricas, Seguimiento y curso del embarazo, Comorbilidades durante la gestación, Desenlaces maternos y neonatales	1	,2
Citopatológicas	1	,2	Características Histopatológicas	1	,2
Ciudad (de residencia)	1	,2	Circunferencia de cuello	1	,2
Comorbilidad; Antibiótico; Días de hospitalización	1	,2	Clinicas	1	,2

Tabla 78a. Variable Independiente 1.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Número total de camas en el hospital	1	,3	Edad	6	1,8
1 Volumen corriente Cuantitativa 2 Flujo de Gases fresco Cuantitativa	1	,3	Sociodemográficas	2	,6
Abordaje quirúrgico (transperitoneal vs extraperitoneal)	1	,3	Abandono (la interrupción permanente del contacto con el equipo de salud y el tratamiento)	1	,3
Aplicación o no de inmunoglobulina endovenosa	1	,3	Accesibilidad; Costo; Intensidad de uso; Tiempo de espera; Tiempo de duración de la consulta; Actividades realizadas;	1	,3
Campañas publicitarias, campañas de prevención; Arte en cine, música e imágenes	1	,3	Aplicación del Instrumento	1	,3
Características clínicas	1	,3	Características demográficas: escolaridad, ocupación y estado civil	1	,3
Cirugía concomitante	1	,3	Derecho a la reparación integral	1	,3
Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas (modificable), actitud del paciente frente a la enfermedad, edad de inicio de la enfermedad, historia laboral, factores desencadenantes de la crisis actual (problemas relacionados con el grupo de apoyo primario, con el ambiente social, académico, ocupacional, económico, acceso a los servicios) Factores familiares: antecedentes psiquiátricos familiares, relaciones familiares Factores relacionados al tratamiento: estado clínico (grado de síntomas aumentados, modificable), medicación de mantenimiento (tipos y dosis, modificable), adherencia al tratamiento (modificable), uso de medicamentos no psiquiátricos Factores asociados con la utilización de los servicios: número de hospitalizaciones previas, percepción de los servicios, comorbilidades, número de consultas en el último año Factor relacionado con la autoagresión: intento de suicidio, número de intentos suicidas, tiempo del último intento suicida	1	,3	Desempleo actual	1	,3
Contaminación atmosférica	1	,3	Dinámica y densidad poblacional; fecundidad; mortalidad general e infantil, en menores de 5 años mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA),	1	,3
Desesperanza, soledad, grado de salud familiar	1	,3	Edad, mediana (mínima-máxima); Hombres; Hipertensión; Diabetes mellitus; EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica); Tabaquismo; ICC (insuficiencia cardíaca congestiva); IRC (insuficiencia renal crónica); Enfermedad coronaria; EAOC (enfermedad arterial oclusiva crónica; medicamentos control de factores de riesgo: ácido acetilsalicílico y estatinas); Medicamentos control factores de riesgo; Evaluación neurológica ; Sintomáticos ; Asintomáticos	1	,3

Tabla 78b. Variable Independiente 1.

2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Edad	5	1,2	Edad (años)	6	1,4
Características Demográficas	2	,4	Sugammadex: Droga administradas por jeringa en dosis de 2 mg/kg	2	,5
Aumento anual de vehículos por año; Tasas anuales de crecimiento vehicular	1	,2	Actualizaciones en el tema de Agentes carcinógenos grupos 1 y 2A	1	,2
Autopsia, SDRA, Hipoxemia refractaria, Shock refractario, falla multiorgánica	1	,2	Agudeza visual Prequirúrgica	1	,2
Bioreactores de membrana	1	,2	Altura Peso Lateralidad del cuerpo humano Sexo Tiempo Síntomas osteomusculares	1	,2
Brote de piel mayor a un mes; Compromiso articular; Dolor abdominal (angina); Dolor abdominal severo; Hemorragia gastrointestinal; Orquitis; Recaída; Uso de corticoides; Leucocitos; Neutrófilos; Linfocitos; Hemoglobina; Recuento plaquetario; VSG; PCR complemento C3; Complemento C4; Inmunoglobulina IgA; Antecedente desencadenante	1	,2	Ansiedad y Depresión	1	,2
Calidad de sueño y sus alteraciones durante el último mes	1	,2	Años de experiencia	1	,2
Cáncer de Colon metastásico y quimioterapia	1	,2	Aprovechamiento de aguas pluviales-Cosecha de agua lluvias; Agricultura urbana	1	,2
Características de la exposición a asbesto: Antecedentes ocupacionales: tipo de industria y cargos realizados antes y después de haber estado en la empresa objeto de estudio, con exposición a agentes neumoconióticos o carcinógenos pulmonares, teniendo en cuenta el número de años y un posible agente En la empresa de asbesto-cemento: año de ingreso y de retiro, total de años de trabajo, cargo, planta, tipo de asbesto y exposición acumulada; Antecedentes paraocupacionales: si el trabajador o algún familiar con el que convivió, vivió cerca a empresas que manipulen o exploten asbesto; si el lavado de ropa se realizaba en la casa	1	,2	Aseo de salones; Uso de baños; Lavado de fachadas	1	,2
Características sociodemográficas	1	,2	Calidad de vida infantil	1	,2
Caudal del aire; Presión total; Presión estática; Presión dinámica; Velocidad del aire; Velocidad de captura; Velocidad en el conducto; Temperatura del ambiente de trabajo; Presión atmosférica; Humedad relativa	1	,2	Calidad técnico-científica	1	,2

Tabla 79. Variable Independiente 2.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Información sobre la existencia del médico homeópata	1	,3	Género	2	,6
Autoestima, depresión, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas	1	,3	Y cisplatino	1	,3
Clínicas	1	,3	Base de sustentación mediana al realizar funciones; Base de sustentación amplia al realizar funciones; Flexión de piernas al agacharse; Girar segmentado; Girar en bloque; Pesos que manipula sin desplazamiento; Tipo de ayuda para manipular cargas; Toma de cargas; Flexión de pierna al levantar la carga por debajo de la cintura; Flexión de piernas al levantar la carga desde el piso; Base de sustentación mediana al levantar una carga; Base de sustentación amplia al levantar una carga; Manipular carga apoyada contra el cuerpo; Manipulación de carga sin desplazamiento con columna erguida	1	,3
Comportamientos de foto protección	1	,3	Categorías y subcategorías Sanimap de factores psicosociales intralaborales	1	,3
Datos Paraclínicos	1	,3	Condiciones de comodidad durante la espera; Conformidad con el tiempo de duración de la consulta; Limpieza del área; Trato recibido por el personal de salud;	1	,3
Definición operativa: Inmunoglobulina	1	,3	Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas	1	,3
Depresión; Fracción de eyeción ;Índice de masa corporal; Tensión arterial en reposo	1	,3	Contexto histórico	1	,3
Diámetro cricoideo externo	1	,3	Desempleo en los últimos 3 años	1	,3
edad	1	,3	Diagnóstico	1	,3
Edad de gestación	1	,3	Diagnostico citológico	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Tratamiento médico	1	,2	Género (masculino o femenino)	2	,5
Administración exclusiva de leche materna	1	,2	Neostigmine: Droga administrada por jeringa en dosis de 70 µg/kg Con el fin de prevenir los efectos colinérgicos de la administración de neostigmine se inyectará en forma simultánea atropina 10 µg/kg	2	,5
Calificación del área de bienestar de la facultad; clase de trabajo; condiciones de trabajo; salario; horas trabajadas; motivo por el cual trabaja; problemas sociales; nivel educativo de los padres	1	,2	Actividad sexual; Satisfacción sexual	1	,2
Carga orgánica de alimentación Punto de muestreo en el reactor	1	,2	Auto fluorescencia	1	,2
Categorías: Displasia, tipo de displasia; Ciclos menstruales; Antecedente personal de cáncer; Antecedente personal de displasia	1	,2	Clase del cuidador principal de los niños asmáticos	1	,2
Clínicas; paraclínicas al ingreso; Complicaciones durante la estancia hospitalaria; Duración de estancia hospitalaria (días)	1	,2	Complicaciones	1	,2
Condición aguda: Sedación uso de benzodicepinas; Analgesia uso de opiáceos; Anestésico uso de medicamento anestésico como coadyucante; Antibiótico uso de agentes antimicrobianos; Monitoria invasiva uso de dispositivos para el seguimiento hemodinámico; Ventilación mecánica; Vía de alimentación; TISS 2B	1	,2	Concentración a Material Particulado intra y extramuros	1	,2
Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas	1	,2	Concentración de fluoruro	1	,2
Consumo diario de cigarrillo durante el último mes	1	,2	Costo de mantenimiento de inventario (Administración, almacenamiento, obsolescencia) Costo de Ordenar Costo de Compra Costo de Escasez	1	,2
Dependiendo el modelo y/o técnica se utilizaron las variables sexo, edad, grupo étnico, pertenencia étnica, grupo poblacional, tipo de tuberculosis, coinfección VIH y motivo de consulta	1	,2	Duración de la hospitalización índice en días	1	,2

Tabla 80. Variable Independiente 3.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Diámetro traqueal externo	1	,3	Ansiedad	1	,3
Edad	1	,3	Asignación del presupuesto; Instalaciones físicas	1	,3
Estado se salud de los trabajadores de este sector	1	,3	Asistencia a las citas programadas	1	,3
Estancia en la UCIP	1	,3	De estado de salud: Condiciones crónicas; Funcionamiento y discapacidad; Factores de riesgo; Variables asociadas a las preferencias por riesgo	1	,3
Evaluación profesional de la piel, recomendación del profesional de foto protegerse y autoevaluación cutánea	1	,3	Derecho al patrimonio	1	,3
IMC; estado de fumador; Asma familiar	1	,3	Diagnóstico DSM IV en ejes I y II - Consumo de sustancias psicoactivas - Presencia de comorbilidad médica- Características del evento de salida (por indicación médica o salida voluntaria) - Adherencia al tratamiento farmacológico	1	,3
Ips	1	,3	Ecocardiograma	1	,3
Los estándares de vida de la población, La estación del año	1	,3	Edad	1	,3
Paraclínicas	1	,3	Entrega de medicamento; Tipo de atención recibida; Conocimiento de signos y síntomas de riesgo	1	,3
Peso	1	,3	Género	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Alimento que consume y frecuencia; Cuantos aportan al hogar; Hacinamiento; Impresión diagnóstica	1	,2	Atención y trato	1	,2
Ansiedad	1	,2	Bienestar humano	1	,2
Asignación de usuarios al tramo de estudio; Total de garajes registrados	1	,2	Clasificación de foto tipos cutáneos, según la cantidad de melanina que contiene	1	,2
Conducción; Visión de color; Visión periférica	1	,2	Conocimientos de las recomendaciones globales de AF	1	,2
Consumo problemático de alcohol durante el último año - Percepción de salud personal durante el último mes - Nivel de actividad física y el estrés percibido durante el último mes	1	,2	Detraje; Aislamiento; Medicación	1	,2
Estructura familiar	1	,2	Edad gestacional	1	,2
Evaporación; Brillo Solar	1	,2	Enfermedades concomitantes; características del egreso en la hospitalización índice; observancia del tratamiento farmacológico después del egreso	1	,2
Eventos adversos tardíos relacionaos con quimioterapia; Eventos adversos tempranos relacionados con radioterapia; Eventos adversos tardíos relacionados con radioterapia	1	,2	Equipo láser	1	,2
Genero	1	,2	Exámenes paraclínicos	1	,2
Identificación y secuenciación de los péptidos con cromatografía líquida acoplada a espectrometría de masas en tándem (LC/MS-MS)	1	,2	Exposición a Material Particulado	1	,2

Tabla 81. Variable Predictora 1.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Al existir más posibilidad de colocar en el mercado de juegos de suerte y azar un mayor número de elementos como las Máquinas Electrónicas Tragamonedas (METS)	1	,3	Escala radiológica	1	,3
Características de la práctica deportiva (categoría del deporte, intensidad deportiva, frecuencia semanal, frecuencia diaria)	1	,3	Evento adverso a medicamentos	1	,3
Edad	1	,3	Insuficiencia cardiaca	1	,3
La calidad de vida experimentada en las últimas cuatro semanas: Tomando en cuenta el soporte social, la autoestima, el bienestar psicológico y físico, el ajuste escolar, etc	1	,3	Medicamentos antidepresivos dispensados en Colombia, con sus dosis respectivas	1	,3
No incapacidad, solo medidas de higiene en el sitio de trabajo (lavado de manos y tapabocas)	1	,3	Programa de rehabilitación cardiaca	1	,3
Prácticas relacionadas con exposición recreacional y ocupacional a RUV	1	,3			
Sexo; Edad; Tipo de caso;	1	,3			
Talla y edad	1	,3			
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Sociodemográficas	2	,5	Bajo peso al nacer	1	,2
Medidas de prevención	1	,2	Características sociodemográficas	1	,2
Actividad física	1	,2	Datos epidemiológicos (clasificación epidemiológica lugar y método de captación y posible fuente de contagio)	1	,2
Administración de bevacizumab	1	,2	Dosificación	1	,2
Experiencia de consumo de alcohol y cigarrillo	1	,2	Edad y la presencia de los signos y síntomas para DGF	1	,2
Factores de riesgo o de protección	1	,2	Edad, género, tipo de familia, estado civil de los padres, semestre, estrato socio-económico	1	,2
Nutrientes clasificados según el riesgo de deficiencia en la ingesta usual	1	,2	Factores de riesgo	1	,2
Sedación y analgesia	1	,2	Imatinib mesilato	1	,2
			Pre-operatoria	1	,2
			Quimioterapia adyuvante	1	,2

Tabla 82. Variable Predictora 2.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Estado civil; Ocupación	1	,3	Niveles de anti -ccp	1	,3
Incapacidad laboral de 3 días	1	,3			
Tiempo de evolución	1	,3			
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Edad	2	,5	Características clínicas	1	,2
			Edad	1	,2
			Glivec	1	,2

Tabla 83. Variable Predictora 3.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Evento desencadenante; Mecanismo; Escenario; Trastornos asociados	1	,3			
Hábito urinario	1	,3			
Incapacidad laboral de 7 días	1	,3			
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Estrato socioeconómico	2	,5	Edad; peso; talla	1	,2
			Estrato socioeconómico	1	,2
			Tiempo quirúrgico	1	,2

Tabla 84a. Otra Categoría.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
1 Acceso y equidad a los servicios de salud mental y derecho a la salud; 2 La salud mental y la importancia en el desarrollo social; 3 Capacidades como base del desarrollo social; 4 Emociones y sentimientos; 5 Prevención como estrategia en la disminución de los suicidios en adolescentes	1	,3	1 Mutaciones asociadas a resistencia, 2 Mutaciones silenciosas, 3 Polimorfismos enéuticos por fuera de los sitios asociados a resistencia, 4 Mutaciones en sitios de resistencia que hasta el momento no han sido asociadas a resistencia	1	,3
1 Conocimiento del grupo 2 Posibilidad de posicionarse en su historia 3 Diferenciación de la línea conyugal de la parental 4 Proyección del nuevo mapa de relaciones después del proceso	1	,3	1 Tiempo libre; 2 Tiempo compartido, Transmisión de actitudes y valores; Normas y límites, 5 Castigo, 6 Principales motivos de discusión, 7 Forma de enfrentar las discusiones 8 Cumplimiento de los acuerdos 9 Pares, 10 Consumo de cigarrillo y etanol por parte de los hijos, 11 Consumo de SPA ilegales por parte de los hijos, 12 Los jóvenes en su mayoría afirman que el inicio del consumo fue influenciado y ofrecido por su grupo de pares, 13 Aunque la mayoría de los jóvenes entre- visitados conoce los riesgos físicos deriva- dos del uso de SPA, esto no es suficiente para impedirlo y tampoco es un motivo de peso para no probar otras SPA, 14 Consumo de SPA legales en los padres, 15 Consumo de SPA ilegales por parte de los padres, 16 Relación de pareja de los padres	1	,3
1 Quién es el demandante en la acción de tutela, 2 Quién el demandado, 3 Cuáles son los derechos invocados y 4 Cuál es el concepto final resolutorio dado por la Corte Constitucional	1	,3	Análisis económico (costos de tratamiento, Años de Vida Ganados (AVG); Costo incremental por año de vida ganado; Costo incremental por años de vida ajustado por discapacidad (AVAD); Costo incremental por año de vida ajustado por calidad (AVAC)	1	,3
cáncer microinvasor del cérvix	1	,3	Aniridía congénita; agudeza visual	1	,3
características Clínicas de la úlcera de Mooren bilateral	1	,3	Cambio de actitud ante la percepción del dolor; adopción de posturas activas; co-responsabilidad en la prevención del dolor de espalda	1	,3
Caracterización, 2) Causalidad, 3) Deficiencia	1	,3	Cambios fisiopatológicos que ocurren en la preeclampsia y el mejor tratamiento médico	1	,3
Categorías: Género; Vivencia de la sexualidad; Percepción de riesgo y salud; Concepción del cuerpo como instrumento de poder y vulnerabilidad	1	,3	Carcinoma medular de tiroides; presentación Clínica; Diagnóstico; Tratamiento; Metástasis; Pronóstico	1	,3
Conceptualización sobre la delincuencia; Atribución de la responsabilidad; Legitimación de sus actos delictivos; futuro	1	,3	Carcinoma pseudoinfepitelioma cutáneo	1	,3
Condrosarcoma mesenquimal extraesquelético	1	,3	Categorías: Descripción personal; Experiencia con la menstruación; Búsqueda de tratamiento; Experiencia del tratamiento; Recomendaciones Categorías emergentes: Otros	1	,3
Conductas sociales de los niños	1	,3	Categorización sociodemográficas: Edad; Lugar de procedencia; Escolaridad; Estrato socioeconómico; Régimen de salud; Personas con las que vive; Vida familiar: pareja; Estado de salud: Antecedentes; Historia sexual-reproductiva; Circunstancias del embarazo; Controles durante el embarazo; Alimentación; Situaciones de salud que afectan el embarazo; Cambios en el estilo de vida asociados al embarazo actual; Estado emocional; Redes de apoyo	1	,3

Tabla 84b. Otra Categoría.

2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
1 Las prácticas religiosas intrínsecas, como la oración privada y la lectura de libros sagrados 2 La adherencia a una religión ayuda a las personas a mantener el cuidado de la vida y la salud, a pesar de las dificultades del contexto	1	,2	¿Cómo perciben tres adolescentes su proyecto de vida, luego de ser afectados por la problemática del conflicto armado en Colombia? ¿Qué efectos tiene la atención educativa no formal y formal, que se les brinda a tres adolescentes, luego de ser afectados por la problemática del conflicto armado en Colombia en sus proyecciones de vida? ¿Cuáles son los factores personales, familiares, políticos, culturales, educativos e institucionales que permiten un desarrollo positivo o negativo del proyecto de vida de tres adolescentes afectados por la violencia armada en Colombia?	1	,2
Acceso a los recursos asistenciales; Cuidados; Comunicación; Continuidad de los cuidados; Cumplimiento de las necesidades culturales; Asistencia funcional; Cuidado físico; Entorno físico; Protección de sus derechos; Cuidado psicológico; Seguridad; Control de los síntomas; Lo relacionado con la enseñanza; Aspectos técnicos del cuidado	1	,2	Alimentos ; bebidas	1	,2
Acidemia propiónica neonatal	1	,2	Ambivalencia de los sentimientos; Adaptación a los cambios; Recuperación de lo perdido; Percepción del apoyo	1	,2
Adenocarcinoma apocrino primario	1	,2	Aprendizaje lingüístico con procedimiento gramatical como área potencializadora y al aprendizaje motor como área a potencializar; Neuropsicología del Lenguaje y Neurocinética	1	,2
Anatomía macroscópica del nervio facial; Anatomía macroscópica del nervio auricular mayor	1	,2	Asociación de las principales alteraciones en la VFSS y en la FEES	1	,2
Artroplastia total de rodilla; Técnica quirúrgica	1	,2	Autonomía 2 Calidad de vida	1	,2
Bajo peso al nacer, políticas públicas	1	,2	Bienestar subjetivo	1	,2
Bienestar de los jóvenes; Jóvenes y ocupación laboral; Jóvenes y educación; Jóvenes y salud; Jóvenes y relación con sus padres; Jóvenes y estabilidad emocional; Representaciones sociales; construcción de imaginarios; Sistema de creencias	1	,2	Bordetella	1	,2
Cáncer Cervical; Asociaciones de citología y patología	1	,2	Caracterización de las madres adolescentes; significados y experiencias de la lactancia materna; y facilidades, limitaciones y necesidades sentidas frente a la lactancia materna	1	,2
Cáncer colorrectal	1	,2	Caracterización Demográfica, Caracterización del Burnout, Caracterización del liderazgo, Caracterización de Satisfacción laboral, Correlaciones entre variables activas	1	,2

Tabla 85a. Otra Variable.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
1 Diagnóstico de asma realizado por algún médico junto con la presencia de al menos un episodio sibilante durante los 12 meses previos a la valoración; 2 Presencia de tres o más episodios sibilantes durante los 12 meses previos, independiente del diagnóstico médico de asma; 3 Formulación por algún médico de algún esteroide inhalado en los 12 meses previos a la valoración, independiente del diagnóstico médico de asma	1	,3	Edad, apache, tiempo de permanencia en Uci	1	,3
Año de notificación del registro de TB, División administrativa de Bogotá, Código asignado por los investigadores a las instituciones que notificaron eventos de TB en los años 2005 – 2008	1	,3	Año al que pertenece la Base de Datos de SIVIGILA	1	,3
Características sociodemográficas	1	,3	Burnout; grupo de edad; género	1	,3
Controles sanos, pacientes afectados por Fibrosis Quística, diagnóstico molecular confirmado, detección de las mutaciones	1	,3	Clínicas, Diagnóstico clínico, Rx de tórax, Características imagenológicas de la Rx de tórax, TAC de tórax, Características imagenológicas del TAC de tórax Demográfica:, Edad, Género	1	,3
Demográfica:, Genero, Muerte neonato, Edad, Edad gestacional Identificación:, Nombre, Historia clínica	1	,3	Consumo de alcohol, patrón de consumo, alcoholismo, riesgo de alcoholismo y vulnerabilidad percibida	1	,3
Demográficas: Edad; Sexo	1	,3	Covariable: Demográfica; antecedentes médicos; hábitos de vida; Factores socioeconómicos	1	,3
Dismenorrea; fuma; café	1	,3	Datos población evaluación de la especificidad de los sueros identificación reconocimiento cruzado verificación de inespecificidad de los sueros hiperinmunes, determinación de la concentración de la proteína mamoglobina recombinante, determinación de la concentración de mamoglobina en el suero de los pacientes y de los individuos control, verificación de la especificidad de los sueros de conejo para reconocer mamoglobina sérica, análisis estadístico	1	,3
Dosis Adecuada; Dosis Ajustada; Dosis Promedio	1	,3	De cofusión: Edad; Género; Diagnóstico principal; Riesgo ASA; Índice de comorbilidad de Charlson	1	,3
Edad materna, Estado de Fumadora, Peso materno, Estado de Diabetes Mellitus, Técnicas de reproducción asistida, Niveles séricos de PAPP-A, Múltiplos de la mediana corregidos de la PAPP-A, Niveles séricos de la Fracción Beta libre de la gonadotropina coriónica humana, Múltiplos de la mediana corregidos de la B-hCG, Medición de la sonolucencia nual, Múltiplos de la mediana de la sonolucencia nual, Longitud cefalocaudal del feto, Edad gestacional, Riesgo por edad, Riesgo bioquímico, Riesgo combinado de trisomía 21 o síndrome Down, Riesgo combinado de trisomía 18 o síndrome Edwards, Resultado del tamizaje completo, Resultado del cariotipo, Resultado específico del cariotipo, Resultado perinatal, Sexo del recién nacido, Peso del recién nacido, Talla del recién nacido, Edad gestacional al nacimiento, Vía del parto, Complicaciones maternas	1	,3	Demográfica: Edad; Género	1	,3
Edad, género, localidad, estrato socioeconómico, tipo de colegio, tipo de familia, pertenencia a culturas urbanas	1	,3	Edad ; Género; factores de riesgo; hipertensión arterial	1	,3

Tabla 85b. Otra Variable.

2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Sociodemográficas	2	,5	Sociodemográficas	3	,7
Sitio de atención del parto	1	,2	Edad gestacional al nacimiento en semanas; Peso al momento de la inserción del catéter; sexo	1	,2
Características del paciente: Sexo; Uso de psicoactivos; Alcohol; Tabaquismo	1	,2	Historia previa de tratamiento, número de meses con otros esquemas de manejo previo a la inclusión en los diferentes estudios, número de medicamentos usados en previos tratamiento y sus resistencias para multi ó extensa resistencia, tiempo completo de tratamiento en meses, definiciones de desenlaces según Laserson y/ó guías de manejo OMS 2008	1	,2
Características personales;Patologías asociadas; Tipo de donante; Exposición	1	,2	Asistencia a Control Prenatal	1	,2
De control: Edad, género	1	,2	Caracterización: Edad; Género	1	,2
Demográfica: Años cumplidos	1	,2	Cumplimiento con la quimioterapia, incumplimiento con la quimioterapia, muerte de los pacientes	1	,2
Demográficas: Edad; Género; Lugar de origen	1	,2	De conocimientos:, Conocimiento de las GATISO De actitudes:, Limitación en la implementación de las GATISO De práctica:, Implementación de las GATISO en la práctica, Importancia de la aplicación de las GATISO, Usuario de la guía	1	,2
Demográficas: Edad; Sexo	1	,2	De estudio: Niños: Placa bacteriana índice O'Leary, Periodontal (INTCP), Caries (ICDAS) Cuidadores: Actitudes, conocimientos y prácticas	1	,2
Demográficas: Edad; Sexo; Grupo étnico	1	,2	Demográfica:, Edad, Genero	1	,2
Demográficas: Nombre; Identificación; Edad; Genero	1	,2	Demográficas, Grupo étnico (Edad), Genero	1	,2

METODOLOGÍA

Perspectiva epistemológica

Tabla 86. Perspectiva Epistemológica 1.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Empírico Analítica	183	60,4	Empírico Analítica	228	66,9
Positivista	61	20,1	Positivista	51	15,0
Histórico Hermenéutica o Interpretativa	51	16,8	Histórico Hermenéutica o Interpretativa	50	14,7
Crítico Social o Participativa	7	2,3	Interpretativista	8	2,3
Interpretativista	1	,3	Crítico Social o Participativa	3	,9
			Constructivista	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Empírico Analítica	309	73,4	Empírico Analítica	259	64,4
Histórico Hermenéutica o Interpretativa	59	14,0	Positivista	85	21,1
Positivista	40	9,5	Histórico Hermenéutica o Interpretativa	46	11,4
Interpretativista	5	1,2	Crítico Social o Participativa	6	1,5
Crítico Social o Participativa	4	1,0	Interpretativista	1	,2
Constructivista	2	,5	Otra	1	,2
Orientación Pragmática	1	,2	Subjetivista	1	,2

Tabla 87. Perspectiva Epistemológica 2.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Modelo Matemático	1	,2	Antropológica	1	,2
Orientación Pragmática	1	,2	Arqueológica	1	,2
			Histórico Hermenéutica o Interpretativa	1	,2
			Marco lógico	1	,2

Enfoque metodológico

Tabla 88. Enfoque Metodológico.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Cuantitativo	144	47,5	Cuantitativo	189	55,4
Cualitativo	77	25,4	Cualitativo	90	26,4
Mixto	27	8,9	Mixto	30	8,8
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Cuantitativo	241	57,2	Cuantitativo	223	55,5
Cualitativo	85	20,2	Cualitativo	106	26,4
Mixto	35	8,3	Mixto	31	7,7

Tabla 89. Enfoque Metodológico Otro.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Modelo de Evaluación de la Calidad	1	,2			

Tipo de estudio

Tabla 90. Tipo de Estudio.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Descriptivo	141	46,5	Descriptivo	181	53,1
Estudios retrospectivos	24	7,9	Estudio de caso	27	7,9
Cuasi-experimental	14	4,6	Estudios retrospectivos	23	6,7
Estudio de caso	14	4,6	Cuasi-experimental	11	3,2
Estudios analíticos observacionales de casos y controles	14	4,6	Experimental	10	2,9
Experimental	13	4,3	Correlacional	9	2,6
Estudios prospectivos	10	3,3	Estudios analíticos observacionales de casos y controles	9	2,6
Exploratorio	10	3,3	Estudios analíticos observacionales de cohortes	9	2,6
Estudios analíticos observacionales de cohortes	7	2,3	Exploratorio	8	2,3
Correlacional	5	1,7			
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Descriptivo	243	57,7	Descriptivo	215	53,5
Estudio de caso	36	8,6	Estudio de caso	24	6,0
Estudios retrospectivos	14	3,3	Estudios analíticos observacionales de cohortes	17	4,2
Experimental	13	3,1	Estudios prospectivos	17	4,2
Correlacional	11	2,6	Cuasi-experimental	11	2,7
Cuasi-experimental	11	2,6	Estudios analíticos observacionales de casos y controles	11	2,7
Estudios analíticos observacionales de casos y controles	11	2,6	Estudios retrospectivos	11	2,7
Estudios analíticos observacionales de cohortes	11	2,6	Experimental	11	2,7
Exploratorio	8	1,9	Exploratorio	11	2,7
Etnográfica	6	1,4	Correlacional	10	2,5

Tabla 91. Tipo de Estudio Otro.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Transversal	17	5,6	Transversal	8	2,3
Retrospectivo	8	2,6	Retrospectivo	7	2,0
Analítico	4	1,3	Observacional	5	1,5
Observacional	4	1,3	Descriptivo	4	1,2
Descriptivo	3	1,0	Comparativo	3	,9
Comparativo	1	,3	Correlación	2	,6
De cohorte prospectivo	1	,3	Exploratorio	2	,6
Descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo	1	,3	Longitudinal	2	,6
Diseño metodológico de la teoría fundamentada o grounded theory	1	,3	Analítico	1	,3
Estudiar las representaciones sociales desde un punto de vista procesual	1	,3	Cohorte histórica	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Descriptivo	243	57,7	Transversal	15	3,7
Estudio de caso	36	8,6	Retrospectivo	12	2,9
Estudios retrospectivos	14	3,3	Descriptivo	5	1,2
Experimental	13	3,1	Observacional	5	1,2
Correlacional	11	2,6	comparativo	4	1,0
Cuasi-experimental	11	2,6	De cohorte	3	,7
Estudios analíticos observacionales de casos y controles	11	2,6	Observacional retrospectivo	3	,7
Estudios analíticos observacionales de cohortes	11	2,6	Prospectivo	3	,7
Exploratorio	8	1,9	Exploratorio	2	,5
Etnográfica	6	1,4	Serie de Casos	2	,5
Ensayos clínicos	5	1,2	Adaptación cultural de una escala	1	,2

Instrumentos

Tabla 92. Instrumentos 1.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Historias clínicas	73	24,1	Historias clínicas	77	22,6
Bases de Datos	54	17,8	Bases de Datos	62	18,2
Cuestionario	38	12,5	Cuestionario	49	14,4
Encuesta	27	8,9	Exámenes diagnósticos	34	10,0
Exámenes diagnósticos	26	8,6	Encuesta	29	8,5
Entrevista Semiestructurada	14	4,6	Entrevista Semiestructurada	21	6,2
Entrevista Estructurada	6	2,0	Entrevista Estructurada	5	1,5
Grupo Focal	6	2,0	Software	5	1,5
Otros	5	1,7	Entrevista a profundidad	3	,9
Diarios de campo	3	1,0	Protocolos	3	,9
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Historias clínicas	77	18,3	Historias clínicas	94	23,4
Bases de Datos	74	17,6	Bases de Datos	68	16,9
Cuestionario	58	13,8	Cuestionario	58	14,4
Encuesta	49	11,6	Exámenes diagnósticos	37	9,2
Exámenes diagnósticos	36	8,6	Encuesta	28	7,0
Entrevista Semiestructurada	15	3,6	Entrevista Semiestructurada	16	4,0
Protocolos	9	2,1	Software	11	2,7
Entrevista Estructurada	8	1,9	Entrevista Estructurada	7	1,7
Entrevista a profundidad	6	1,4	Otros	5	1,2
Diarios de campo	4	1,0	Protocolos	4	1,0

Tabla 93. Instrumentos 2.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Exámenes diagnósticos	37	12,2	Exámenes diagnósticos	30	8,8
Bases de Datos	17	5,6	Bases de Datos	17	5,0
Historias clínicas	12	4,0	Cuestionario	15	4,4
Cuestionario	9	3,0	Historias clínicas	15	4,4
Otros	6	2,0	Otros	9	2,6
Encuesta	3	1,0	Software	6	1,8
Entrevista a profundidad	3	1,0	Encuesta	3	,9
Software	3	1,0	Entrevista Semiestructurada	2	,6
Programas	2	,7	Programas	2	,6
Protocolos	2	,7	Protocolos	2	,6
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Historias clínicas	43	10,2	Exámenes diagnósticos	34	8,5
Exámenes diagnósticos	41	9,7	Historias clínicas	30	7,5
Cuestionario	17	4,0	Bases de Datos	16	4,0
Bases de Datos	15	3,6	Cuestionario	16	4,0
Otros	9	2,1	Otros	11	2,7
Encuesta	5	1,2	Entrevista Semiestructurada	7	1,7
Software	4	1,0	Software	5	1,2
Entrevista Semiestructurada	3	,7	Encuesta	4	1,0
Grupo Focal	3	,7	Grupo Focal	4	1,0
Protocolos	2	,5	Protocolos	3	,7

Tabla 94. ME7.4 Instrumentos Otro.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Historia clínica	7	2,3	Revisión de artículos	7	2,1
cuestionario	3	1,0	Escala	5	1,5
Exámenes diagnósticos	3	1,0	Revisión de literatura en el tema	5	1,5
Estudio de caso	2	,7	Historia clínica	4	1,2
Protocolo de Historia Musicoterapéutica (Ramirez, 2005); Protocolo de Evaluación vincular-sonoro-musical (Ramirez, 2005); Test de Grober and Bushke; Libreta de trabajo personal; diario de campo	1	,3	Bases de datos	2	,6
Abordaje transperitoneal: grupo 1 - Abordaje extraperitoneal: grupo 2	1	,3	Escala de inteligencia Wechsler para niños (WISC - IV); Visual Object Space and Perception - VOSP; subtest de lenguaje habilidades visoespaciales y isoconstructivas de la Evaluación Neuropsicológica Infantil, con validación para población colombiana	2	,6
APGAR familiar	1	,3	Exámenes diagnósticos	2	,6
Archivos electrónicos del laboratorio de hematopatología	1	,3	Prescripciones médicas	2	,6
Bioestratigrafía	1	,3	“top-down” y “bottom-up”	1	,3
Check list	1	,3	ADN genómico de las biopsias	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Revisión de literatura en el tema	8	1,9	Historias clínicas	5	1,2
Escala	5	1,2	Revisión de literatura Publicada en el tema	5	1,2
Historia clínica	5	1,2	Historia clínica	4	1,0
Revisión de artículos	3	,7	Bases de datos	3	,7
Cuestionario	2	,5	Escala	3	,7
Historias clínicas	2	,5	Exámenes diagnósticos	3	,7
Lista de chequeo	2	,5	Revisión de literatura en el tema	3	,7
Software	2	,5	Análisis documental	2	,5
Cuestionario	1	,2	Cuestionarios	2	,5
Algoritmos de cálculo y Modelaciones	1	,2	Pruebas de laboratorio	2	,5

RESULTADOS

Tipo de análisis

Tabla 95. Tipo de Análisis.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Tipo de análisis estadístico	170	56,1	Tipo de análisis estadístico	202	59,2
Tipo de análisis estadístico o matemático	62	20,5	Análisis de contenido	65	19,1
Análisis de contenido	39	12,9	Tipo de análisis estadístico o matemático	44	12,9
Tipo de análisis matemático	11	3,6	Tipo de análisis matemático	12	3,5
Análisis de discurso	7	2,3	Análisis de narrativas	4	1,2
Análisis de narrativas	5	1,7	Análisis de discurso	3	,9
Análisis cartográfico	1	,3			
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Tipo de análisis estadístico	235	55,8	Tipo de análisis estadístico	225	56,0
Tipo de análisis estadístico o matemático	79	18,8	Tipo de análisis estadístico o matemático	81	20,1
Análisis de contenido	65	15,4	Análisis de contenido	50	12,4
Análisis de narrativas	11	2,6	Tipo de análisis matemático	15	3,7
Tipo de análisis matemático	10	2,4	Análisis de discurso	11	2,7
Análisis de discurso	6	1,4	Análisis de narrativas	7	1,7
			Análisis cartográfico	2	,5

Tabla 96. Tipo de Análisis Otro.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Análisis de discurso	2	,7	Matemático	3	,9
Análisis de contenido	1	,3	Análisis de contenido	1	,3
Análisis de discurso y narrativas	1	,3	Análisis de costo-efectividad - Análisis de sensibilidad	1	,3
Análisis de narrativa	1	,3	Análisis de decisiones (árbol de decisiones)	1	,3
Análisis de Triangulación	1	,3	Análisis Documental	1	,3
Análisis descriptivo	1	,3	Análisis temático inductivo, de tal modo que el mismo material fuese el que generara temas y conceptos	1	,3
Análisis enzimático de restricción	1	,3	El análisis de los resultados se hizo bajo el parámetro de inspección visual	1	,3
Análisis mediante el uso de un ensayo RLB, desarrollado por Van den Brule y cols para la tipificación específica de 37 tipos de VPH	1	,3	El análisis propuesto fue el de intersujeto mediante la comparación de los casos a través de la teorización enraizada	1	,3
Análisis semántico pragmático y de hermenéutica de segundo orden	1	,3	Estadística descriptiva - Análisis exploratorios	1	,3
Bivariado , multivariado	1	,3	Frecuencias alélicas y fenotípicas por conteo y se compararon entre los grupos de estudio por la prueba de ji al cuadrado, estableciendo un nivel de significancia del 95, y utilizando el programa EPIDAT versión 31	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Matemático	3	,7	Triangulación	2	,5
Análisis descriptivo	2	,5	Análisis cartográfico - Análisis de discurso	1	,2
De contenido	2	,5	Análisis clínico	1	,2
Análisis de discurso, Análisis de contenido	1	,2	Análisis de discurso	1	,2
Análisis de narrativa	1	,2	Análisis Documental	1	,2
Análisis determinístico en un horizonte temporal de 5 años	1	,2	Análisis DOFA	1	,2
Análisis estadístico	1	,2	De contenido	1	,2
Análisis estadístico matemático y de contenido	1	,2	Descriptivo e inferencial	1	,2
Análisis estático	1	,2	Historia clínica	1	,2
Análisis holístico	1	,2	Tipo de análisis matemático	1	,2
Análisis jurídico	1	,2			

Síntesis de los resultados

Agenda de temáticas prioritarias en CT+I en salud

Tabla 97. Prioridades Plan Decenal.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Enfermedades crónicas no transmisibles	43	14,2	Enfermedades crónicas no transmisibles	66	19,4
Salud, sexual y reproductiva	22	7,3	Enfermedades transmisibles en particular las emergentes y reemergentes	19	5,6
Enfermedades transmisibles en particular las emergentes y reemergentes	21	6,9	Salud Mental	19	5,6
Salud Mental	20	6,6	Salud, sexual y reproductiva	16	4,7
Enfermedad	14	4,6	Calidad de vida	10	2,9
Salud	10	3,3	Enfermedad	9	2,6
Sistemas, servicios de salud y políticas en salud	8	2,6	Sistemas, servicios de salud y políticas en salud	7	2,1
Calidad de vida	6	2,0	Salud	5	1,5
Enfermedades Transmisibles emergentes y reemergentes	5	1,7	Prioridades del Plan Decenal de Salud Pública de Bogotá que se abordan en el documento	2	,6
Estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de las poblaciones de Bogotá	1	,3	Enfermedades Transmisibles emergentes y reemergentes	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Enfermedades crónicas no transmisibles	83	19,7	Enfermedades crónicas no transmisibles	82	20,4
Salud, sexual y reproductiva	24	5,7	Salud Mental	23	5,7
Salud Mental	23	5,5	Enfermedad	16	4,0
Enfermedad	18	4,3	Salud, sexual y reproductiva	12	3,0
Enfermedades transmisibles en particular las emergentes y reemergentes	14	3,3	Salud oral	10	2,5
Calidad de vida	11	2,6	Calidad de vida	9	2,2
Salud	7	1,7	Enfermedades transmisibles en particular las emergentes y reemergentes	9	2,2
Salud oral	6	1,4	Salud Oral	8	2,0
Sistemas, servicios de salud y políticas en salud	6	1,4	Sistemas, servicios de salud y políticas en salud	7	1,7
Sexualidad y Reproducción	5	1,2	Salud	6	1,5

Tabla 98. Enfermedad.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Cáncer	2	,7	Cáncer	4	1,2
Psicosis	2	,7	Calidad de vida	4	,6
AH1N1	1	,3	Tuberculosis	4	1,2
Aneuploidia	1	,3	Enfermedad renal crónica	3	,9
Aneurisma de aorta abdominal	1	,3	AH1N1	2	,6
Anormalidades citológicas y de neoplasias de cuello uterino	1	,3	Dolor lumbar	2	,6
Ansiedad	1	,3	Enfermedad Coronaria	2	,6
Asma	1	,3	Tumores estromales gastrointestinales (GIST)	1	,3
calidad de vida	1	,3	Alcoholismo	1	,3
Cáncer de mama	1	,3	Aniridia congénita	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Tuberculosis	4	1,0	Cáncer	6	1,5
Cáncer	3	,7	Apnea Obstructiva del sueño	2	,5
Cáncer de mama	3	,7	Cáncer de esófago	2	,5
Artritis reumatoidea	2	,5	Coronaria	2	,5
Asma	2	,5	Diabetes Mellitus	2	,5
Cáncer colorectal	2	,5	Enfermedad respiratoria	2	,5
Cáncer de cuello uterino	2	,5	EPOC-Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica	2	,5
Cáncer de próstata	2	,5	Lupus eritematoso sistémico	2	,5
Virus del papiloma humano (VPH)	1	,2	Parkinson	2	,5
Acidemia propiónica neonatal	1	,2	Anemia megaloblástica	1	,2

Tabla 99. Factores Globales Ambiente.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Medicamentos seguros	8	2,6	Medicamentos seguros	9	2,6
Calidad de agua	5	1,7	Saneamiento básico	4	1,2
Saneamiento básico	3	1,0	Alimentos sanos y seguros	3	,9
Alimentos sanos y seguros	2	,7	Eventos transmisibles de origen zoonótico	3	,9
Eventos transmisibles de origen zoonótico	2	,7	Movilidad	2	,6
Aire	1	,3	Cambio climático	1	,3
Cambio climático	1	,3	Cambio hábitad	1	,3
Cambio hábitad	1	,3	Radiación electromagnética	1	,3
Espacio público	1	,3	Seguridad química	1	,3
Eventos transmisibles de origen zoonótico	1	,3			
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Medicamentos seguros	5	1,2	Medicamentos seguros	10	2,5
Movilidad	3	,7	Aire	3	,7
Aire	2	,5	Saneamiento básico	3	,7
Saneamiento básico	2	,5	Alimentos sanos y seguros	2	,5
Alimentos sanos y seguros	1	,2	Espacio público	2	,5
Calidad de agua	1	,2	Movilidad	2	,5
Cambio climático	1	,2	Ruido	2	,5
Eventos transmisibles de origen zoonótico	1	,2	Seguridad química	2	,5
Seguridad química	1	,2	Calidad de agua	1	,2
			Eventos transmisibles de origen zoonótico	1	,2

Tabla 100. Factores Globales Trabajo Salud.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Trabajo y salud	4	1,3	Trabajo y salud	7	2,1
Desarrollo urbano y modos de vida	1	,3	Desarrollo urbano y modos de vida	1	,3
Seguridad Alimentaria	1	,3			
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Trabajo y salud	10	2,4	Trabajo y salud	3	,7
Desarrollo urbano y modos de vida	1	,2	Emergencias y desastres	1	,2
Desarrollo Urbano y Modos de Vida	1	,2			
Seguridad alimentaria	1	,2			
Seguridad Alimentaria	1	,2			
Trabajo y Salud	1	,2			

Tabla 101. Factores Globales Otros.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Calidad de vida	2	,7	Enfermedad	4	1,2
Salud	2	,7	Enfermedades Crónicas no Transmisibles	4	1,2
Sexualidad y Reproducción	2	,7	Salud Mental	3	,9
Sistemas, servicios de salud y políticas en salud	2	,7	Prioridades del Plan Decenal de Salud Pública de Bogotá que se abordan en el documento	2	,6
Ambiente	1	,3	Ambiente	1	,3
Cambio climático y hábitat; Espacio público y movilidad	1	,3	Estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de las poblaciones de Bogotá	1	,3
Enfermedades Crónicas no Transmisibles	1	,3			
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Enfermedad	6	1,4	Sistemas, servicios de salud y políticas en salud	8	2,0
Salud	6	1,4	Enfermedad	5	1,2
Enfermedades Crónicas no Transmisibles	5	1,2	Calidad de vida	4	1,0
Sistemas, servicios de salud y políticas en salud	4	1,0	Ambiente	2	,5
Ambiente	1	,2	Salud	2	,5
Emergencias y desastres	1	,2	Calidad de agua y saneamiento básico	1	,2
Salud Oral	1	,2	Enfermedades Crónicas no Transmisibles	1	,2
Seguridad alimentaria	1	,2	Salud Mental	1	,2
Seguridad Alimentaria	1	,2	Sexualidad y Reproducción	1	,2

Tabla 102. Estructuras Procesos Diversidad.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Salud	72	23,8	Salud	70	20,5
Discapacidad	3	1,0	Discapacidad	9	2,6
Interseccionalidades de las poblaciones	3	1,0	Desplazamiento	1	,3
Desplazamiento	1	,3	Interseccionalidades de las poblaciones	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Salud	55	13,1	Salud	78	19,4
Discapacidad	9	2,1	Discapacidad	5	1,2
Interseccionalidades de las poblaciones	3	,7	Interseccionalidades de las poblaciones	4	1,0
Desplazamiento	1	,2	Desplazamiento	2	,5

Tabla 103. Estructuras Procesos Género.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Género y Salud	4	1,3	Ciclo vital	5	1,4
Ciclo vital	3	1,0	Diversidades	2	,6
Diversidades	3	1,0	Caída intrahospitalaria en adulto mayor	1	,3
Impacto en salud de la segmentación espacial	1	,3	Género y salud	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Género y salud	6	1,4	Ciclo vital	8	2,0
Ciclo vital	5	1,2	Género y salud	4	1,0
Diversidades	3	,7	Impacto del conflicto social y armado en la salud	1	,2
Impacto del conflicto social y armado en la salud	2	,5	Impacto en salud de la segmentación espacial	1	,2
Impacto en salud de la segmentación espacial	2	,5			

Tabla 104. Estructuras Procesos Otros.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Diversidades	3	1,0	Diversidades	2	,6
			Caída intrahospitalaria en adulto mayor	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Diversidades	4	0,9			

Sistemas y servicios

Tabla 105. Sistemas Servicios Economía de la Salud.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Administración	2	,7	Costos de servicios	10	2,9
Costos de servicios	1	,3	Administración	6	1,8
Financiamiento	1	,3			
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Administración	4	1,0	Administración	5	1,2
Costos de servicios	4	1,0	Costos de servicios	2	,5
			Financiamiento	1	,2

Tabla 106. Sistemas Servicios Infraestructura de Salud.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Modelos de atención en salud	8	2,6	Modelos de atención en salud	14	4,1
Tecnologías y salud	5	1,7	Accesibilidad, oportunidad y calidad en los servicios de salud	11	3,2
Políticas en salud	4	1,3	Tecnologías y salud	9	2,6
Accesibilidad, oportunidad y calidad en los servicios de salud	2	,7	Capacidades del Talento Humano	1	,3
Capacidades del Talento Humano	1	,3	Políticas en salud	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Modelos de atención en salud	33	7,8	Modelos de atención en salud	23	5,7
Accesibilidad, oportunidad y calidad en los servicios de salud	18	4,3	Tecnologías y salud	17	4,2
Tecnologías y salud	13	3,1	Accesibilidad, oportunidad y calidad en los servicios de salud	7	1,7
Capacidades del talento humano	2	,5	Infraestructura de la Salud	2	,5
Capacidades del Talento Humano	2	,5	Sistemas de información	2	,5
Políticas en salud	2	,5	Capacidades del talento humano	1	,2
Sistemas de información	2	,5	Capacidades del Talento Humano	1	,2

DISCUSIÓN

Agenda de temáticas prioritarias en CT+I en salud

Tabla 107. Prioridades Plan Decenal.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Enfermedades crónicas no transmisibles	28	9,2	Enfermedades crónicas no transmisibles	49	14,4
Enfermedades transmisibles en particular las emergentes y reemergentes	21	6,9	Enfermedades transmisibles en particular las emergentes y reemergentes	21	6,2
Salud, sexual y reproductiva	17	5,6	Salud Mental	19	5,6
Salud Mental	12	4,0	Salud, sexual y reproductiva	16	4,7
Calidad de vida y salud	8	2,6	Enfermedad	12	3,5
Enfermedad	7	2,3	Calidad de vida y salud	4	1,2
Salud	6	2,0	Prioridades del Plan Decenal de Salud Pública de Bogotá que se abordan en el documento (*)	4	1,2
Prioridades del Plan Decenal de Salud Pública de Bogotá que se abordan en el documento (*)	4	1,3	Salud	2	,6
Sistemas, servicios de salud y políticas en salud	4	1,3	Estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de las poblaciones de Bogotá	1	,3
Salud oral	1	,3	Salud oral	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Enfermedades crónicas no transmisibles	68	16,2	Enfermedades crónicas no transmisibles	56	13,9
Salud Mental	20	4,8	Salud Mental	17	4,2
Salud, sexual y reproductiva	19	4,5	Salud oral	11	2,7
Enfermedades transmisibles en particular las emergentes y reemergentes	17	4,0	Salud, sexual y reproductiva	11	2,7
Enfermedad	15	3,6	Enfermedad	9	2,2
Prioridades del Plan Decenal de Salud Pública de Bogotá que se abordan en el documento (*)	13	3,1	Enfermedades transmisibles en particular las emergentes y reemergentes	8	2,0
Salud	11	2,6	Sistemas, servicios de salud y políticas en salud	7	1,7
Calidad de vida y salud	7	1,7	Salud	5	1,2
Sistemas, servicios de salud y políticas en salud	5	1,2	Calidad de vida y salud	4	1,0
Salud oral	4	1,0	Prioridades del Plan Decenal de Salud Pública de Bogotá que se abordan en el documento (*)	1	,2

Tabla 108. Enfermedad.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Enfermedades Crónicas no Transmisibles	10	3,3	Enfermedades Crónicas no Transmisibles	6	1,8
Cáncer	3	,9	Calidad de vida Tuberculosis	4	1,2
Calidad de vida	2	,7	Tuberculosis	4	1,2
Enfermedades Transmisibles emergentes y reemergentes	2	,7	Artritis reumatoidea	3	,8
Sexualidad y Reproducción	2	,7	AH1N1	2	,6
ANINI	1	,3	Enfermedad renal crónica	2	,6
Cáncer de seno	1	,3	Salud Mental	2	,6
Cáncer, la diabetes y los problemas cardiovasculares	1	,3	Agnosia integrativa	1	,3
Citomegalovirus	1	,3	Aniridia congénita	1	,3
Condrosarcoma mesenquimal extraesquelético	1	,3	Cáncer	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Enfermedades Crónicas no Transmisibles	9	2,1	Cáncer	3	,7
Salud Oral	4	1,0	Enfermedades Crónicas no Transmisibles	3	,7
Cáncer de cuello uterino	2	,5	Apnea Obstructiva del sueño	2	,5
Enfermedad coronaria	2	,5	Enfermedad Pulmonar Obstructiva cronica	2	,5
Enfermedades Transmisibles emergentes y reemergentes	2	,5	Enfermedad renal crónica	2	,5
Salud Mental	2	,5	Enfermedad respiratoria	2	,5
Tuberculosis	2	,5	Lupus eritematoso sistémico	2	,5
Acidemia propiónica neonatal	1	,2	Parkinson	2	,5
Adenocarcinoma apocrino primario	1	,2	Bienestar psicológico	1	,2
Albinismo óculo-cutáneo	1	,2	Cáncer de piel vesícula biliar	1	,2

Factores globales que afectan la equidad en salud

Tabla 109. Factores Globales Ambiente.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Medicamentos seguros	6	2,0	Medicamentos seguros	9	2,6
Calidad de agua	5	1,7	Alimentos sanos y seguros	3	,9
Alimentos sanos y seguros	2	,7	Eventos transmisibles de origen zoonótico	3	,9
Eventos transmisibles de origen zoonótico	2	,7	Saneamiento básico	3	,9
Saneamiento básico	2	,7	Movilidad	2	,6
Espacio público	1	,3	Seguridad química	2	,6
Eventos transmisibles de origen zoonótico	1	,3	Cambio climático	1	,3
Movilidad	1	,3	Cambio hábitad	1	,3
Seguridad química	1	,3	medicamentos seguros	1	,3
			Radiación electromagnética	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Medicamentos seguros	6	1,4	Medicamentos seguros	6	1,5
Aire	2	,5	Aire	2	,5
Movilidad	2	,5	Espacio público	2	,5
Saneamiento básico	2	,5	Movilidad	2	,5
Alimentos sanos y seguros	1	,2	Saneamiento básico	2	,5
Calidad de agua	1	,2	Seguridad química	2	,5
Cambio climático	1	,2	Alimentos sanos y seguros	1	,2
Eventos transmisibles de origen zoonótico	1	,2	Calidad de agua	1	,2
			Eventos transmisibles de origen zoonótico	1	,2
			Ruido	1	,2

Tabla 110. Factores Globales Trabajo Salud.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Trabajo y salud	4	1,0	Trabajo y Salud	7	2,0
Desarrollo urbano y modos de vida	1	,3	Desarrollo urbano y modos de vida	1	,3
Seguridad alimentaria	1	,3			
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Trabajo y Salud	10	2,3	Trabajo y Salud	3	,7
Seguridad alimentaria	2	,5	Emergencias y desastres	1	,2
Desarrollo urbano y modos de vida	2	,2			

Tabla 111. Factores Globales Otros.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Ambiente	1	,3	Ambiente	1	,3
Cambio climático y hábitad; Espacio público y movilidad	1	,3			
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Seguridad alimentaria	2	,5	Ambiente	2	,5
Ambiente	1	,2	Calidad de agua y saneamiento básico	1	,2
Emergencias y desastres	1	,2			

Estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de las poblaciones

Tabla 112. Estructuras Procesos Diversidad

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Salud	70	23,1	Salud	66	19,4
Interseccionalidades de las poblaciones	3	1,0	Discapacidad	9	2,6
Discapacidad	2	,7	Desplazamiento	1	,3
			Interseccionalidades de las poblaciones	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Salud	47	11,2	Salud	69	17,2
Discapacidad	9	2,1	Discapacidad	4	1,0
Interseccionalidades de las poblaciones	4	1,0	Interseccionalidades de las poblaciones	3	,7
Desplazamiento	1	,2	Desplazamiento	2	,5

Tabla 113. Estructuras Procesos Género.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Ciclo vital	3	1,0	Ciclo vital	3	,8
Diversidades	3	1,0	Diversidades	2	,6
Género y salud	2	,7	Caída intrahospitalaria en adulto mayor	1	,3
			Género y salud	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Diversidades	3	,7	Impacto del conflicto social y armado en la salud	2	,5
Género y salud	3	,7	Ciclo vital	2	,5
Ciclo vital	3	,7	Género y salud	1	,2
Género y Salud	1	,2	Impacto en salud de la segmentación espacial	1	,2
Impacto en salud de la segmentación espacial	1	,2			

Tabla 114. Estructuras Procesos Otros.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Diversidades	3	1,0	Diversidades	2	,6
			Caída intrahospitalaria en adulto mayor	1	,3
			Consumo de Drogas psicoactivas	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Diversidades	3	,7			
Diversidades	1	,2			
Reclutamiento Forzado	1	,2			

Sistemas, servicios y políticas de salud

Tabla 115. Sistemas Servicios Economía de la Salud.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Administración	2	,7	Costos de servicios	10	2,9
Costos de servicios	1	,3	Administración	6	1,8
Financiamiento	1	,3			
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Administración	4	1,0	Administración	5	1,2
Costos de servicios	4	1,0	Costos de servicios	1	,2
Financiamiento	1	,2			

Tabla 116. Sistemas Servicios Infraestructura de la Salud.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Modelos de atención en salud	8	2,6	Modelos de atención en salud	12	3,5
Tecnologías y salud	5	1,7	Accesibilidad, oportunidad y calidad en los servicios de salud	11	3,2
Políticas en salud	4	1,3	Tecnologías y salud	9	2,6
Accesibilidad, oportunidad y calidad en los servicios de salud	2	,7	Capacidades del Talento Humano	1	,3
Capacidades del Talento Humano	1	,3	Políticas en salud	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Modelos de atención en salud	33	7,8	Modelos de atención en salud	22	5,5
Accesibilidad, oportunidad y calidad en los servicios de salud	18	4,3	Tecnologías y salud	17	4,2
Tecnologías y salud	13	3,1	Accesibilidad, oportunidad y calidad en los servicios de salud	7	1,7
Capacidades del talento humano	2	,5	Infraestructura de la Salud	2	,5
Capacidades del Talento Humano	2	,5	Sistemas de información	2	,5
Políticas en salud	2	,5	Capacidades del talento humano	1	,2
Sistemas de información	2	,5	Capacidades del Talento Humano	1	,2

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Tabla 117a. Nuevas Investigaciones.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Es importante reconocer que el estudio se realizó con una muestra pequeña, sin embargo dada la baja incidencia de la patología en la población seleccionada, constituye un precedente valioso para futuros estudios por tanto se recomienda ampliar el lapso de tiempo en la recolección de los pacientes, para así obtener una mayor muestra, futuros estudios también deberían enfocarse en estudiar las causas del déficit en la amplificación para las frecuencias graves.	1	,3	Deben desarrollarse ensayos clínicos de alta calidad metodológica, controlados con placebos de acupuntura y que tengan en cuenta la medicación antirreumática.	2	,6
Teniendo en cuenta que no se encuentran otros reportes en la literatura acerca del uso de la Toracosopia temprana para prevenir hemotórax coagulado en los pacientes con drenajes mayores a 500cc y menores a 1000cc de sangre al paso del tubo de tórax, hemodinámicamente estables, se considera necesario la realización de estudios adicionales en otras instituciones, que permitan evaluar si estos resultados son reproducibles, y aportar mayor evidencia sobre el tema con el fin de protocolizar este manejo.	1	,3	A partir de este estudio se debería realizar un estudio de concordancia clínica para establecer desarrollo de corioamnionitis en pacientes con ruptura de membranas en los diferentes grupos de edad gestacional y adicionalmente realizar estudio de seguimiento neonatal en pacientes productos de madres con corioamnionitis.	1	,3
1. Se sugiere continuar el estudio con un mayor número de pacientes donde se pueda evaluar diferentes variantes clínicas que permitan establecer la gran variabilidad individual e interindividual permitiendo de esta forma establecer conclusiones acerca de las verdaderas diferencias existentes entre el fenotipo y el genotipo 2. Se sugiere continuar el estudio realizando muestreos en diferentes regiones del país lo cual permitirá por un lado conocer las frecuencias alélicas y genotípicas en cada región y a la vez conocer la asociación del genotipo C/C y la severidad del cuadro clínico de la enfermedad ya que en el presente estudio no se encontraron datos estadísticamente significativos que pudieran relacionar el polimorfismo con la severidad del cuadro clínico, adicionalmente se observó que la distribución del alelo C fue muy similar entre pacientes y controles. 3. Se recomienda realizar estudios complementarios relacionados con la vía de los leucotrienos, principalmente aquellos relacionados con actividad de la enzima leucotrieno C4 Sintasa ya que esta tiene gran influencia en la patogénesis de la enfermedad debido al incremento de la biosíntesis de leucotrienos.	1	,3	A pesar que los resultados obtenidos en las mediciones de sustancias fueron satisfactorios, es recomendable para futuras investigaciones implementar un sistema de medición continua. Así se incrementa la precisión de las mediciones en cuanto a tiempo de llegada y magnitud de pico, debido a que por las mediciones discretas de conductividad se podría en algunos casos perder el pico.	1	,3
A la Universidad Nacional de Colombia se recomienda continuar apoyando las investigaciones metodológicas relacionadas con la líneas de investigación sobre cuidado, para robustecer los hallazgos y fomentar propuestas de impacto que construyen ciencia de enfermería y su vez aportan al mejoramiento de la calidad de vida de la sociedad	1	,3	Al observar el comportamiento que tiene este microorganismo dentro de las UCI y la multiresistencia evidenciada dentro del estudio, es importante que se realicen nuevos estudios en los cuales además de hacerlos de forma cuasi experimental utilizando casos y controles aleatorizados, se realice con muestras más grandes, sean estudios multicéntricos y en los cuales se pueda determinar la mortalidad, la infección y colonización por éste microorganismo	1	,3
A partir de estos resultados, ya se tiene información que permita realizar estudios en nuestro medio que permitan comparar las diferentes técnicas de tratamiento para pseudoartrosis congénita de la tibia.	1	,3	Algunos aspectos como las molestias dentales, la acumulación de restos alimenticios, el mal aliento, la presencia de fístulas residuales, la preocupación por la apariencia dental, el ser molestado por su condición y las preguntas acerca de sus dientes/boca requieren mayor profundización en estudios futuros.	1	,3

Tabla 117b. Nuevas Investigaciones.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
A pesar de las buenas condiciones psicométricas globales del cuestionario, es importante continuar con este análisis, aplicándolo en pacientes de diferentes lugares con características parecidas a las establecidas en el presente estudio, a fin de evaluar estrategias de afrontamiento utilizadas frente al diagnóstico de cáncer de seno y obtener así indicadores de validez externa del cuestionario. Así mismo, es recomendable aplicar el cuestionario BCI en su versión en español a mujeres con cáncer de seno en diferentes estadios de la enfermedad, para observar tendencias en el proceso de afrontamiento y el uso de estrategias de afrontamiento de acuerdo con la etapa y desarrollo de la enfermedad.	1	,3	Ampliar el estudio de las variables psicosociales para completar el abordaje del tema, basados en otros métodos avalados, ya que este estudio muestra la posible relación que pudiera tener este tema con la enfermedad osteomuscular. • La revisión bibliográfica realizada mostró el carácter multicausal de estas enfermedades el cual debe tenerse presente para futuros estudios analíticos que permita ver asociaciones. Además es necesario explorar otros factores ergonómicos extralaborales en el interrogatorio. • Realizar un estudio analítico que permita determinar asociación entre el factor de riesgo y la aparición de la enfermedad. • Evaluar los trabajadores del área administrativa por más tiempo para conocer otras patologías propias del trabajo que puedan estar afectando a esta población. • Elaborar el modelo de intervención ergonómica en la población trabajadora del área administrativa de Ecopetrol S.A.	1	,3
Al respecto, es fundamental que en nuestro país sean implementados estudios sistemáticos los cuales estén al acceso del público en general, permitan tener un acercamiento al fenómeno y apoyen el proceso de exploración del impacto del programa sobre la población que participa en éste. Es necesario continuar desarrollando investigaciones orientadas a acercarse a la realidad de los hogares sustitutos, a través de metodologías tanto cuantitativas como cualitativas y con la utilización de diferentes instrumentos y técnicas de recogida de datos, lo que permita detectar aspectos que describan a las familias sustitutas, a la calidad del cuidado que brindan y el apoyo que reciben tanto de sus redes primarias de apoyo como de ICBF y de otras instituciones articuladas al sistema de protección.	1	,3	as percepciones de las personas asistentes a las actividades de educación en salud realizadas por enfermería, deben investigarse más profundamente de manera que se tengan en cuenta para la planificación y evaluación de estas, de manera periódica y documentada a fin de lograr la motivación e interés de las personas participantes en realizar cambios hacia hábitos de vida saludables; as percepciones de las personas asistentes a las actividades de educación en salud realizadas por enfermería, deben investigarse más profundamente de manera que se tengan en cuenta para la planificación y evaluación de estas, de manera periódica y documentada a fin de lograr la motivación e interés de las personas participantes en realizar cambios hacia hábitos de vida saludables. Se recomienda continuar con la investigación que permita la exploración de las experiencias, motivaciones e impacto de las relaciones y comportamientos humanos que influyen en las conductas y determinantes que influyen en el cuidado de la salud.	1	,3
Algo importante para tener en cuenta es que en este estudio solo se evaluó la percepción del niño. Y valdría la pena en próximas investigaciones evaluar la percepción del entorno para poder comparar estos resultados.; En próximos estudios debería tenerse en cuenta qué tipo de terapia psicológica recibe el niño, hace cuanto tiempo que la tiene y cuál es la frecuencia y el impacto real de la misma., Otro aspecto que debería tenerse en cuenta en próximos estudios locales es evaluar la calidad de vida en niños con TDAH y trastornos comórbidos debido a la alta probabilidad de que esto se presente	1	,3	Aumentar la muestra	1	,3

Tabla 117b. Nuevas Investigaciones.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Analizando los resultados obtenidos en este estudio se recomienda el uso de la inmunoglobulina endovenosa para el manejo de la enfermedad hemolítica en recién nacidos ya que en el grupo tratado con dicho medicamento se redujo de manera significativa la estancia hospitalaria y la duración de la fototerapia, además de una tendencia a la reducción de las exanguinotransfusiones y de las complicaciones. Se recomienda realizar un próximo estudio prospectivo tipo ensayo clínico con un mayor tamaño de muestra y si es posible también un estudio con análisis de costos para ratificar la conveniencia del uso de dicha intervención.	1	,3	Aun así, en los últimos años, con la mayor disponibilidad y entrenamiento adecuado de profesionales, el uso de las pruebas de tamizaje prenatal ha venido creciendo en importancia en el mundo, principalmente aquellas que permiten la detección temprana de alteraciones fetales. La oferta universal de pruebas de tamizaje combinado de primer trimestre, por parte de los servicios de salud, la subsecuente detección temprana de fetos afectados por aneuploidías y otras patologías cardíacas, esqueléticas o malformaciones anatómicas severas, con el suministro adecuado de información a los padres sobre el bienestar fetal, con la intervención temprana, el seguimiento, la identificación de familias en riesgo y las subsecuentes actividades de prevención y asesoramiento genético, contribuirán a disminuir el impacto, la morbi-mortalidad y los elevados costos en la atención de salud.	1	,3
Aunque los resultados del presente trabajo no son suficientes para concluir sobre el papel del IGF-IR en los procesos de diferenciación y metástasis de tumores, es necesario continuar con la caracterización de la línea celular CSC 1595, de forma tal que se llegue a determinar el número de receptores en membrana celular para el IGF-I, IGF-II e insulina; además, estudiar la activación de las proteínas asociadas IRS y la respuesta de activación de las vías de señalización PI-3K y MAPK al estímulo con insulina e IGF-I. De igual forma, es necesario investigar los mecanismos de interacción de estas vías de señalización con fármacos antitumorales y correlacionarlos con otros estudios realizados en la línea celular CSC 1595 (18).	1	,3	Como aspectos importantes para tener en cuenta al diseñar estrategias para enfrentar posteriores pandemias están el compromiso predominante de la población joven con manifestaciones clínicas, paraclínicas y radiológicas inespecíficas que hacen que el diagnóstico usualmente sea tardío y no permita el inicio pronto del tratamiento antiviral lo que se relaciona con desenlaces adversos, esta presentación inespecífica también hace que muchos pacientes entren en el proceso de tamizaje con pocos casos confirmados lo cual genera costos que seguirán siendo altos hasta que otros estudios proporcionen resultados que permitan incrementar la sospecha clínica.	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Consideramos que es importante realizar un ensayo clínico aleatorizado para controlar mejor los sesgos y variables de confusión y tener una evidencia de mayor peso de donde extraer recomendaciones.	1	,2	Es importante resaltar, que se requiere para posteriores estudios, aumentar el número del tamaño de muestra lo que permitiría obtener una mayor inferencia en los resultados.	2	,5
Es claro que en nuestro país, como en Latinoamérica, no existe en la literatura, estudios que apoye estos datos, debido a que nuestra población en realidad, es difícil determinar tan solo la prevalencia y así poder llegar a establecer esta infección como etiología principal de estas secuelas, por lo tanto es limitado en el momento, el planteamiento de un screening en nuestra población. Se sugiere que deben realizarse estudios de mejor calidad metodológica, en poblaciones más extrapolables para determinar la costoefectividad de implantar este tamizaje, e impactar en la disminución de todas estas secuelas dadas por <i>Clamidia trachomatis</i> .	1	,2	Es importante despertar el interés de otros para seguir investigando en el tema, con la participación no solo de médicos sino de otros profesionales del área salud que pueden aportar muchas ideas y experiencias.	1	,2

Tabla 117c. Nuevas Investigaciones.

2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Estos hallazgos nos permitieron proponer nuestra tesis acerca de que las estrategias actuales de promoción y prevención están mal enfocadas, puesto que han sido lideradas desde la perspectiva de la industria, con un interés marcadamente comercial, dejando de lado la verdadera población vulnerable, que es sobre la cual recae la mayor parte de nuestra responsabilidad.	1	,2	Es importante la realización de nuevas investigaciones que permitan conocer más a fondo este fenómeno en el país y en específico en la población oncológica, tanto en lo que se refiere a la prevalencia como en lo que respecta a los factores asociados con éste, para poder desarrollar intervenciones dirigidas a incrementar las tasas de cumplimiento con la quimioterapia y lograr así una mayor efectividad del tratamiento, disminuir la morbimortalidad como causa de la enfermedad y optimizar el uso de los recursos del sistema de salud. Así, todo indica que es necesario profundizar en el desarrollo de mecanismos o instrumentos que tiendan a considerar la integración de métodos directos e indirectos como las entrevistas psicológicas, las cuales son generalmente utilizadas, debido a que poseen la ventaja de presentar la propia evaluación del paciente respecto a su adherencia (Ortiz & Ortiz, 2007). Con base en el presente estudio se sugiere que para las nuevas investigaciones la muestra sea estratificada según algunas de sus características como el tipo de cáncer, el estadio de la enfermedad y la línea de quimioterapia que se encuentre recibiendo, entre otros. Además, se hace importante la identificación de las razones de no cumplimiento que permitirán orientar adecuadamente las intervenciones integrales para el paciente oncológico.	1	,2
Se recomienda que las aproximaciones metodológicas derivadas de esta tesis sean empleadas como parte de las pruebas de futuros prototipos antileishmaniales evaluados in vivo.	1	,2	Es importante que a partir de este estudio se diseñen nuevos estudios de diferentes metodologías que permitan determinar posibles asociaciones entre variables investigadas en este estudio y la coledocolitiasis gigante, para así obtener resultados estadísticamente significativos.	1	,2
A futuro se proponen trabajos de investigación que consideren el recuento de eosinófilos adicional a otros marcadores de sepsis como procalcitonina y PCR con el fin de determinar si juntos pueden diferenciar mejor. Al igual que se propone la realización de estudios prospectivos con control de variables de confusión que permita evaluar el peso real como predictor de mal pronóstico de la eosinopenia en SIRS.	1	,2	Idealmente se debería realizar este estudio en una muestra mayor de población Bogotá y también en varias poblaciones colombianas para corroborar si en nuestro país tenemos discos ópticos más grandes que en otras poblaciones hispanas. Al tener una muestra mayor es posible que se encuentre un número mayor de macrodiscos que permita establecer desde el punto de vista estadístico si existe relación con glaucoma. Para incluir a un individuo en el grupo de participantes sanos si se desea corroborar desde el punto de vista funcional el estado de la capa de fibras nerviosas de la retina sería ideal practicar una prueba de campo visual computarizado en dos ocasiones, con el fin de minimizar el efecto de aprendizaje. Sería de gran importancia comparar el área de disco entre los dos equipos disponibles para medición en la Fundación Oftalmológica Nacional (Cirrus y Stratus OCT) en población sana y en población con glaucoma, en particular si se piensa en establecer relación con macrodisco, como también sería de interés tener datos del tamaño de disco en estos mismos sujetos evaluados mediante HRT.	1	,2

Tabla 117d. Nuevas Investigaciones.

2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
A futuro utilizar estrategias como "Member check" para aumentar la consistencia de los datos recolectados mediante entrevistas. • Enviar el temario de las entrevistas con anticipación a los entrevistados • Consideramos que otras miradas que se pueden dar en investigaciones futuras sobre la Fundación Santa Fe de Bogotá podrían ser, por ejemplo, el impacto que ha tenido el sector salud colombiano y en la educación médica de pregrado y postgrado del país; influencia que ejerció para que se crearan fundaciones de similares características y el impacto que han tenido en el diseño de políticas Públicas en salud, así como un estudio de las posiciones que ha presentado a medida que han evolucionado las mismas.	1	,2	Para estudios posteriores es conveniente evaluar procesos cognitivos, como la memoria o el lenguaje, entre otros, que podrían explicar las dificultades en la vida diaria de personas que presentan trastornos del comportamiento y/o del aprendizaje.	1	,2
A partir de los diversos aportes teóricos y empíricos que se tuvieron como apoyo para la presente investigación, se ha establecido como un continuo un menor funcionamiento verbal en niños, niñas con TD, por tanto, es importante que futuros estudios se dirijan a generar propuestas de habilitación del lenguaje de modo que se logre mayor regulación del comportamiento en niños y niñas con TD.	1	,2	Se sugiere para futuras investigaciones tener una población heterogénea para evaluar las variables de género, cargo y jornada laboral.	1	,2
A través de un sistema logístico como el presentado, podría desarrollarse el plan táctico para la puesta en marcha del proceso productivo para la producción de biodiesel de Jatropha, contemplando la estrategia de siembra de la Jatropha con las implicaciones que esto genera. Con un modelo como el desarrollado en esta investigación, se podrá abordar cualquier tipo de problema que requiera la toma de decisiones con múltiples criterios, enlazando la experiencia de las personas y el análisis objetivo de variables cualitativas y cuantitativas a través del uso articulado de las técnicas Delphi, AHP y la programación matemática. Sirviendo este modelo como base para análisis sobre el uso de nuevos biocombustibles en sistemas de transporte masivo o de otras características. Para el caso particular del suministro de biodiesel de Jatropha en el STMB se observa la posibilidad de adicionar nuevas variables de decisión tales como tenencia de la tierra, fenología 104 del cultivo, variedad de pisos climáticos entre otras que faciliten la implantación del sistema logístico aquí propuesto. Se abre la posibilidad de indagar mecanismos institucionales para enmarcar la aplicación de este sistema logístico como un Mecanismo para un Desarrollo Limpio (MDL), buscando la reducción de emisiones a través de la captura de CO2 en la siembra y la disminución del mismo, generando nuevos beneficios en la implantación del biodiesel de Jatropha en el STMB.	1	,2	Vale la pena adelantar estudios de asignación aleatoria prospectiva que confirmen esta información obtenida, ya que la técnica ofrece ventajas en aspectos como la adecuada estabilidad hemodinámica y ventilatoria, buena analgesia postoperatoria, pocos eventos adversos y posiblemente, disminución de la contaminación en salas de cirugía y de costo.	1	,2
Al igual se debe establecer una política de mejoramiento en la construcción de bases de datos, que permita alimentarlas de manera continua y llegar a tener un seguimiento de los pacientes tratados con el fin de optimizar los procesos de investigación y obtención de datos clínicos y paraclínicos. Se deben divulgar los resultados de este estudio con el fin de sensibilizar al personal médico de la institución ante la complejidad de estos pacientes y las implicaciones en el proceso diagnóstico y el tratamiento.	1	,2	A manera de recomendación es importante empezar a considerar el uso de esta medida en todas las pacientes para el diagnóstico de osteoporosis y osteopenia por su alta sensibilidad y especificidad comparado con el gold estándar definido a nivel internacional, la NIH.	1	,2
Amplificar las capacidades del modelo para acercar sus resultados aún más a la realidad del sector. • Como un gran proyecto sería posible realizar todo un gran modelo de desarrollo urbano de la ciudad de Bogotá utilizando modelos basados en agentes. • Es posible crear modelos específicos de finca raíz, crecimiento de población, gestión de servicios públicos, desarrollo económico, asignación de servicios de salud, distribución de servicios educativos y en general la gran mayoría de actividades urbanas.	1	,2	A pesar de las conclusiones significativas, consideramos que se debe ampliar la base de pacientes incorporados al programa para la realización de análisis posteriores de mayor confianza estadística que permitan intervenciones prioritarias en todos los niveles de atención peri operatoria.	1	,2

Tabla 118a. Políticas Públicas.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Realizar campañas de vigilancia periódicas, programas de divulgación y revisar el impacto que éstas tienen en el cumplimiento de la norma;	1	,3	Se recomienda que el sistema de salud colombiano se capacite en temas de identificación y manejo clínico de la violencia conyugal, violencia sexual aguda y crónica en menores de edad, estableciendo relaciones con el consumo de sustancias psicoactivas, manteniendo comunicaciones eficaces con el sistema judicial.% se recomienda que el Sistema Médico Legal Colombiano revise los protocolos para el diagnóstico de las intoxicaciones agudas por alcohol y otras sustancias psicoactivas tanto a víctimas como a victimarios. % Cabe recomendar que a nivel de salud pública se implementen sistemas de vigilancia epidemiológica para detectar oportunamente la forma de presentación de la violencia y sus factores asociados, por el gran impacto que produce en la población infantil, adolescentes y en la mujer.	1	,3
A la Secretaría Distrital de Salud se recomienda continuar con el proceso de participación y promoción de investigaciones en la transversalidad de cuidadores que permitan evidenciar el impacto, problemáticas y los nuevos enfoques que se requieren en el trabajo interdisciplinar.	1	,3	Se sugiere la utilización y ampliación de los resultados de este estudio en posteriores investigaciones, que se dirijan a profundizar en la temática de educación para la salud, en especial para el cuidado de la salud cardiovascular.;	1	,3
A las administraciones públicas corresponde velar por el cumplimiento de los estándares de calidad y prestar atención a estos parámetros de calidad legal. Por lo tanto, sería conveniente apoyar e impulsar las normas para la implementación de un programa de vigilancia y control para las industrias de alimentos, que incluya la vigilancia de la calidad del agua de proceso; de esta manera se van integrando los principios del concepto “desde la etapa de la producción hasta el consumo” y se va obteniendo información que ayude a formular estrategias nacionales para la reducción de los riesgos relacionados con la cadena alimentaria.	1	,3	Articular el desarrollo de la Estrategia AES entre la Dirección de Sanidad y la Dirección de Bienestar Social de la EPS del régimen Especial con las direcciones de los colegios del Bienestar Social del Régimen Especial.; Generar un plan de comunicación para todos los colegios del Bienestar Social del Régimen Especial, donde la información suministrada sea clara e igual para todo el personal que intervenga en su desarrollo.; Generar mecanismos de comunicación y difusión de los lineamientos de la Estrategia AES que pueden ser reproducibles, sin alterar la comprensión de la información. Ø Establecer desde la Dirección de Sanidad los perfiles de cada uno de los participantes en el desarrollo de la estrategia en cada colegio y del encargado del direccionamiento de la estrategia desde el nivel central.; Generar mecanismos de seguimiento a la estrategia AES para evaluar la implementación de los indicadores de seguimiento y generar planes de acción.; Adecuar las instalaciones administrativas de los colegios que no cuentan con las áreas para la ejecución de reuniones internas y con los padres de familia.; Adecuar las instalaciones del área de sanidad para cumplir con la habilitación de los consultorios y brindar oportunamente una intervención de promoción de la salud y una atención inicial de la atención de servicios de primer nivel.	1	,3

Tabla 118b. Políticas Públicas.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Al revisar el documento en el que se crea el código rojo, cada vez que se aplique se debe evaluar su desarrollo y debe surgir información que retroalimente el proceso y contribuya al mejoramiento y adecuación institucional del mismo. Sin embargo, a partir de esta encuesta se puede inferir que no hay un conocimiento adecuado sobre esta política de salud y, por lo tanto, menos puede haber la retroalimentación que se requiere para su evaluación.	1	,3	Aunque posiblemente se considere necesario la ejecución de un estudio definitivo para orientar la toma de decisiones, los hallazgos de la presente investigación sugieren la necesidad de generar políticas públicas orientadas a reducir el impacto de este problema, especialmente si se considera que ya existe una amplia evidencia que sustenta los efectos adversos derivados por la pérdida del trabajo, sobre todo si se tiene en cuenta que el desempleo no solo incide sobre el IAM, sino en general sobre la salud cardiovascular que es la principal causa de morbilidad a nivel mundial, sin exceptuar desde luego lo que sucede a nivel de Colombia. Como se discutió en el capítulo de antecedentes, la tendencia de incremento de las enfermedades cardiovasculares en los países en vía de desarrollo es preocupante y, cada vez se amplía en los grupos con un rango de edad económicamente productivo, causando un doble efecto deletéreo, por las implicaciones sociales que esta situación conlleva. A lo anterior se debe sumar el hecho de que el panorama a nivel del mercado laboral proyectado por la Organización Internacional del Trabajo no es muy alentador, especialmente cuando se trata de Colombia, que se caracteriza por tener una de las tasas de desempleo más altas de la región. Si el detrimento de la salud y el desempleo se asocian como lo indica este estudio y muchos otros que lo anteceden, las políticas no deben estar solo orientadas a la generación de nuevos empleos, ya que los esfuerzos que se hacen en esta materia pueden resultar bien intencionados, pero muchas veces no consiguen su propósito que es la reducción en las tasas de desempleo, con lo cual no se prevendrían sus secuelas. Por este motivo, se considera necesario ampliar las políticas públicas a la prevención de las consecuencias negativas que en la salud puede ocasionar el desempleo, máxime porque sus efectos no se limitan a una sola condición y, en este sentido es imprescindible recordar que el desempleo afecta tanto la salud física como la mental, no solo de la persona que lo padece, sino que también de los miembros de su núcleo familiar, así como las dinámicas sociales y los estilos de vida de las personas implicadas. Tampoco se puede olvidar que se alteran las conductas, con una marcada propensión a cometer actos delictivos mediados por el consumo de sustancias psicoactivas y el estrés socioeconómico.	1	,3
Así mismo, el direccionamiento de las políticas públicas de diferentes sectores gubernamentales tendientes a fomentar la práctica de actividades físicas, garantizar el acceso a la educación y a la afiliación a un sistema de salud de la población, mejoraría la auto percepción del estado de salud e influiría notablemente en las tasas de morbilidad y mortalidad de todos los colombianos	1	,3	Con el fin de instaurar estrategias de tratamiento oportunas, se debería crear una clínica institucional del manejo integral multidisciplinario del sobrepeso y obesidad, teniendo en cuenta la elevada prevalencia de la obesidad abdominal como uno de los componentes más importantes del Síndrome Metabólico observados en el presente estudio. De igual forma y dada la relación del sedentarismo, se deben crear programas de promoción de estilos de vida saludables que propendan por el ejercicio aeróbico y prevengan factores de riesgo cardiovascular.	1	,3
Así mismo, valdría la pena revisar la legislación colombiana con el fin de establecer si es posible proponer programas de postgrado para profesionales de enfermería como parteras especializadas, y desarrollar programas de promoción y prevención en lo relacionado con la atención de los profesionales de salud en el servicio de gestantes a nivel de las instituciones prestadoras de salud.	1	,3	De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente Investigación se deben generar planes de mejoramiento en torno a las distracciones más frecuentes que tuvo el profesional de Enfermería durante el proceso de Administración de Medicamentos creando lineamientos, estrategias y prácticas seguras que vayan de la mano con las políticas y los objetivos de la Institución.	1	,3

Tabla 118c. Políticas Públicas.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Aun cuando durante el desarrollo de este proyecto se evidencio la instalación de tanques de almacenamiento con suministro temporal de agua para la comunidad de los tres sectores, se recomienda adelantar estrategias que garanticen el abastecimiento suficiente, continuo y en condiciones de potabilidad del agua para esta población. Se debe continuar con acciones de concientización dirigidas a los agricultores, respecto de la disminuir gradual del empleo de productos químicos en las labores del campo, de tal manera que se pueda adoptar un modelo que propenda por la técnica de la agricultura orgánica. A la par con la solución respecto de suministro de agua potable para esta población y con el fin de impactar positivamente en la calidad de vida, se debe trabajar en mejorar las condiciones sanitarias, principalmente la canalización de aguas negras y residuales, el control del tráfico de volquetas, el manejo adecuado de residuos, entre otros aspectos de tipo sanitario.	1	,3	El "Proceso salud-enfermedad" expresa como los problemas de salud-enfermedad deben leerse dentro del contexto de fuerzas políticas y económicas que las circundan, incluyéndolas a escala institucional, local, nacional y global, y que se visualizan en las formas de vivir y trabajar de la población, que estructuran las relaciones humanas, moldean los comportamientos sociales, condicionan las experiencias colectivas, reordenan las ecologías locales y sitúan los significados culturales. Así, hace conexiones entre el macro nivel del modo de producción y reproducción de la sociedad y el micro nivel de las creencias de los pacientes acerca de la enfermedad y de sus experiencias con la misma.	1	,3
Avanzar en incorporar a la formulación de políticas y proyectos el componente evaluativo como parte inherente del mismo es entonces un imperativo. Sin embargo, a la par es necesario realizar evaluaciones a las otras intervenciones de RBC y a los proyectos que se realizan con miras a hacer los ajustes que se requieren para asegurar los resultados buscados y una asertiva inversión de los recursos en este campo.	1	,3	El cáncer de tiroides, así como en otras patologías oncológicas, debe contar con programas de seguimiento en instituciones especializadas y de amplia experiencia, con el fin de ayudar a la detección e instauración de medidas terapéuticas oportunas para el control de la enfermedad. Se debe contar con el respaldo de las EPS (entidades promotoras de salud) para ofrecer continuidad en dichos controles, oportunidad de atención, estimación de un pronóstico a corto, mediano y largo plazo según las diferentes clasificaciones y tratamientos disponibles.	1	,3

Tabla 118d. Políticas Públicas.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Con base en los hallazgos del estudio y la información que brinda la literatura revisada, se puede explorar la posibilidad de evaluar las estrategias de prevención existentes y/o implementar según el caso aquellas que tiene demostrada efectividad; Se debe realizar seguimiento a los casos de ideación suicida o antecedente de intento de suicidio remitidos dentro del marco del plan de contingencia apoyado por la Secretaría de Salud del Distrito; Se propone plantear proyectos conjuntos Universidad – Secretaría de Educación y Secretaría de Salud, por ejemplo en tamizaje de la conducta. Además, teniendo en cuenta la complejidad del fenómeno estudiado se debe abrir la posibilidad de combinación entre metodologías cualitativas y cuantitativas que favorecerán el entendimiento del mismo.	1	,3	El Modelo de Rectoría en Aseguramiento en salud en el Distrito Capital debe permitir evaluar el avance de la implementación de la rectoría del Aseguramiento en salud en el Distrito Capital dentro de los componentes de regulación, modulación, provisión de servicios, vigilancia y control. Para esto reconoce, el talento humano de la Dirección de Aseguramiento, que se debe seguir en el debate promovido al interior de la Dirección, en el desarrollo y la transversalidad de los procesos sociales, políticos y culturales que afectan la salud y por medio de mesas de trabajo con las instituciones en salud del SGSSS y otros sectores para fortalecer el desarrollo y la implementación del Modelo de Rectoría en salud. Esta articulación con entidades del sector y otras fuera de éste, contribuyen al buen desempeño y al logro de resultados efectivos en rectoría para la Dirección de Aseguramiento y la comunidad en el Distrito Capital que se replican y proyectan a nivel Nacional (como marco de referencia para el resto del país). Se requiere dentro de la Dirección de Aseguramiento de la SDS, una mayor aplicabilidad y desarrollo del conocimiento que abarque la totalidad del talento humano, como el desarrollo de estrategias motivadoras que incluya y llegue a cada funcionario. Algunos de los procesos no se encuentran normados e incluidos dentro de los procesos de calidad de la Dirección de Aseguramiento en salud de la SDS, para lo cual se requiere: MODERNIZAR LOS PROCESOS DE CAPTURA DE DATOS. Documentos y formularios electrónicos con crítica y validación automática. Inclusión de nuevas variables acordes a la necesidad de la entidad. USAR INFORMACION ESTANDARIZADA. Revisión y homologación de variables acorde con las actividades, Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI) y proyectos dentro de las distintas áreas funcionales de la Dirección de Aseguramiento y de la entidad, acorde con la misión visión y objetivos de la institucionales. MEJORAR LA CALIDAD EN LA INFORMACION. Seguimiento y validaciones, se realizan en línea con la participación de los implicados del proceso. EVITAR LA DUPLICIDAD DEL PROCESO DE CAPTURA. TENER OPORTUNIDAD EN LA INFORMACION. Datos de metas, indicadores distritales, bases de datos, afiliaciones, desafiliaciones, novedades en línea. PROMOVER LA OBTENCIÓN INFORMACION UNIFICADA PARA TODOS LOS ACTORES. Fortalece a la Dirección de aseguramiento que la SDS cuenta con procesos, mapa de riesgos y la presencia de Sistema de Gestión de la calidad, Sistema de Control Interno, Sistema de Control Documental, Sistema de Gestión Ambiental, Sistema de Gestión en Responsabilidad Social, Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, Sistema Único de Acreditación en Salud, Sistema de Gestión en Seguridad Social y Salud Ocupacional (Cuenta con Comité Paritario de Salud Ocupacional (COPASO)), Norma ISO/IEC en los Laboratorios, sin embargo cada uno de éstos procesos y sistemas se encuentran en proceso de socialización e implementación. En la revisión de la normatividad relacionada con la rectoría en salud y su cambio constante, permite visualizar que la rectoría sanitaria se hace compleja, requiriendo tener en cuenta las modificaciones y ajustar la Política de Aseguramiento en Salud del Distrito Capital para los años 2013- 2017, para lo cual la Dirección de Aseguramiento de la SDS, se encuentra en la elaboración y el desarrollando de un Modelo de Rectoría del Aseguramiento en salud para el D.C.	1	,3

Tabla 118e. Políticas Públicas.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Con los resultados obtenidos, se demuestra, una vez más, la necesidad de implementar campañas en sanidad ambiental y en educación, no solo en manipuladores de alimentos sino en la población en general, en temas como hábitos de higiene y en tratamiento y manejo de los desechos sólidos y excretas de humanos y de animales.	1	,3	El papel del Estado y las políticas públicas son un instrumento indispensable para la configuración de las redes integradas de servicios de salud, confiando que sus normativas no vayan en contra, sino que propendan y vigilen las estructuras y procesos que demanden la consolidación de dichas redes dentro de los sistemas de salud, cuyas inferencias y aportes aún tienen escasa evidencia en la literatura. Igualmente son importantes otros instrumentos que deben tener presente las instituciones para mejorar su configuración, como los modelos de gestión que sirvan de guía a las organizaciones en la orientación de su proceso de desarrollo con características flexibles y adaptables entre las organizaciones.	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
"Es recomendable la participación sectorial en la elaboración de planes decenales de salud como establece la ley 1438/2011, dado que su financiamiento está garantizado por el estado e involucra otros entes y formas para dar cumplimiento a los planes locales". "Los planes territoriales que se diseñen y la participación conlleva a la oportunidad de plantear estrategias técnicas de acuerdo a las necesidades de la colectividad optimizando los recursos de manera que el beneficio se vea reflejado en la salud del pueblo"	1	,2	Factores asociados a síntomas respiratorios: tabaquismo pasivo, el antecedente de bajo peso al nacer, el antecedente de sibilancias, la cercanía del jardín o vivienda a menos de 100 metros de chimeneas, vías de alto flujo vehicular, vías en mal estado y colecho.	1	,2
1. En los escenarios de atención a pacientes con Cáncer (hospital, unidad de quimioterapia, servicios de rehabilitación), proponer la inclusión de estrategias de cuidado en torno a la dimensión sexual y emocional de las personas con Cáncer de mama. 2. Desde la asociación de Enfermería Oncológica promover el desarrollo de una política de cuidado en torno a la dimensión sexual y emocional de las personas con Cáncer de mama. 3. Desde las fundaciones y grupos de apoyo promover la necesidad de desarrollar e incluir dentro de sus objetivos el fortalecimiento de la salud sexual y emocional de las personas con Cáncer de mama.	1	,2	Se espera que los resultados den luces a los decisores políticos y a los distintos actores sociales sobre los cambios que se requieren en el plano de las políticas públicas y las estrategias para reducir el impacto que se produce en las familias cuando alguno de sus miembros vive con VIH y así avanzar hacia la comprensión de los fenómenos relacionados con la equidad y el bienestar social.	1	,2
A partir de los resultados encontrados en este estudio, se sugiere que se asuman estrategias de seguridad vial con actividades educativas para los motociclistas de manera que sea posible disminuir factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de los accidentes. Desde la labor asistencial médica, es importante mantener y actualizar protocolos de atención en los servicios de urgencias para los traumas más comunes; y mantener alertas en las horas de mayor frecuencia de accidentes.	1	,2	A partir de este trabajo será importante determinar después el costo total generado por la atención en salud de este tipo de pacientes, pues el alto número de ingresos representa un gran problema en el gasto del sector público y en esta forma generar estrategias encaminadas al control de la accidentalidad y la combinación con el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.	1	,2
Adicionalmente mostrando en nuestro estudio las características de los pacientes con alergia alimentaria, principales alérgenos, factores de riesgo y protectores en niños edad pediátrica en Colombia se puede ayudar a la planeación y ejecución de las campañas en atención primaria para detección temprana, diagnóstico, tratamiento adecuado de esta patología y una adecuada remisión de los pacientes a gastroenterología cuando así se requiera.	1	,2	Adicional a las actividades de vigilancia se hace imperativo para el sector salud definir con urgencia nuevas estrategias de gestión para garantizar que la población escolar con alteraciones visuales acceda a los servicios de salud, basándose en los avances del sector educativo en el compromiso de promocionar la salud visual en las comunidades educativas del Distrito.	1	,2

Tabla 118f. Políticas Públicas.

2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Analizando los resultados es preocupante que se presenten cifras más altas que los referentes nacionales en sobrepeso, hipercolesterolemia, tabaquismo, sedentarismo y riesgo cardiometabólico según Framingham. Esto expresa la alta prevalencia de factores de riesgo modificables en la población de este estudio, lo cual implica acciones inmediatas en la intervención tanto en políticas públicas como de intervenciones puntuales dentro de la Fundación Universitaria Ciencias de la Salud. Así, el presente estudio es pionero dentro de su clase que no solo calculó el riesgo cardiometabólico en docentes de medicina y en residentes de diferentes especialidades, sino que su principal objetivo es que a partir de los presentes resultados se puedan proponer acciones políticas dentro de la universidad para el mejoramiento y promoción de la salud cardiovascular y de esta manera realizar acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria.	1	,2	Como se evidenció en el documento, la fuente de los datos es el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, lo cual tiene toda la credibilidad para asumirlos como muy cercanos a la realidad, pero sería deseable realizar empalmes de las series de las Encuestas, con la actual metodología, para llegar a conclusiones más acertadas, por ejemplo con los datos del índice por estratificación y por decir de ingreso.	1	,2
Aunque existe un programa para el manejo de la tuberculosis denominado “Plan estratégico Colombia libre de tuberculosis 2006-2015”, éste está más orientado a acciones posteriores al contagio, en lugar de a la prevención; por lo cual se debe proponer ampliar este estudio con información que permita establecer planes de acción en la prevención y control de esta enfermedad.	1	,2	Conocer, socializar y actualizar las guías de manejo de Bronquiolitis Aguda a nivel nacional. Desarrollar actividades de educación médica continuada especialmente en Costa Pacífica y Eje Cafetero. A partir de este trabajo, se propone se calculen los incrementos en costos que se generaron por el manejo inapropiado tanto en urgencias como en hospitalización.	1	,2
Aunque existe un programa para el manejo de la tuberculosis denominado “Plan estratégico Colombia libre de tuberculosis 2006-2015”, este está más orientado a acciones posteriores al contagio, en lugar de la prevención; por lo cual se debe proponer ampliar este estudio con información que permita establecer planes de acción en la prevención y control de esta enfermedad.; El Ministerio de Protección Social de Colombia puede ayudar a la mitigación de la proliferación de enfermedades si se apoya en herramientas tecnológicas que permitan una temprana alerta de potenciales brotes de enfermedades o para fortalecer las políticas de salud y prevención planteadas por El Sistema General de Salud.; Entre los problemas emergentes que presenta el nuevo sistema de salud se encuentra que se ha descuidado en parte la investigación científica y el desarrollo tecnológico debido a que la inversión de este rubro es mínimo y no existen políticas claras de investigación sobre este aspecto.	1	,2	Debido a la criticidad y vulnerabilidad como red logística de Redsangre ante la no disponibilidad de servicios transfusionales, se recomienda identificar y priorizar las medidas de mitigación y contingencia que garanticen el adecuado funcionamiento de los servicios transfusionales de Redsangre De acuerdo con la cobertura, capacidad de almacenamiento, capacidad de producción e inventarios disponibles de algunos bancos distribuidores se recomienda identificar y priorizar las medidas de mitigación y contingencia que garanticen el adecuado funcionamiento de los bancos distribuidores de gran cobertura y capacidad. Se recomienda para el adecuado funcionamiento de Redsangre ante la ocurrencia de desastres establecer medios y canales que garanticen los flujos de información y comunicación entre los componentes y los coordinadores de Redsangre.	1	,2
Consideramos que corresponde al sistema de salud hacer énfasis en seguimiento al cumplimiento de la normatividad establecida en Sistema de Garantía de Calidad por parte de las empresas prestadoras de servicios de salud y específicamente en cuanto al acceso y la oportunidad para la obtención de servicios de salud por parte de los usuarios incluyendo la entrega de los medicamentos, garantizando un manejo terapéutico efectivo.	1	,2	Debido al alto costo de la enfermedad es recomendable, asegurar el adecuado diagnóstico, seguimiento y cumplimiento de protocolos de manejo, uno de los inconvenientes de la información es no contar con el adecuado seguimiento a las recaídas presentadas por los pacientes de este grupo Teniendo en cuenta, que los casos han aumentado progresivamente, puede ser por aumento de incidencia del Linfoma No Hodgkin o porque han mejorado las acciones de intervención para la detección oportuna del mismo, es necesario que se mire con una visión crítica el control de costos en atención en salud	1	,2

Tabla 118g. Políticas Públicas.

2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Conviene determinar la concordancia entre la prueba de embriaguez clínica y el resultado de alcohol en sangre, para lo cual es fundamental capacitar a los médicos de urgencias para que se basen en el reglamento técnico forense para establecer el estado de embriaguez del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses bajo la supervisión del médico toxicólogo, ya que una mala interpretación del médico evaluador induce a sesgos en los resultados. Un estudio de dichas características permitiría implementar un protocolo para la búsqueda de alcohol y otras sustancias psicoactivas en pacientes politraumatizados víctimas de AT que ingresan a los servicios de urgencias en cualquier hospital de Colombia. Además, aportaría datos para proponer un proyecto de ley que endurezca las penas por transitar en estado de embriaguez alcohólica, tanto en conductores como en peatones. Este proyecto serviría de insumo para acelerar el proceso de reglamentación de la enmienda constitucional, Acto Legislativo 01 de 2009, sobre el consumo de sustancias psicoactivas ilegales.	1	,2	Desarrollar políticas de salud pública a nivel institucional y nacional acerca de la atención integral en pacientes con tumores de cabeza y cuello enfocados en la reducción de la morbilidad y facilitar el proceso de rehabilitación por esta enfermedad.	1	,2
De acuerdo con la estrategia salutogénica con enfoque promotor de educación para la salud en el contexto escolar, se sugiere la incorporación integral de actividades permanentes en las instituciones educativas que incluyan a la familia, con el objeto de que haya concordancia entre los contenidos brindados en el ámbito escolar y aquellos que se promueven en el hogar	1	,2	Diseñar estrategias para mitigar las diferencias en la calidad y la distribución de los servicios de salud en la población colombiana.	1	,2

Tabla 119a. Comentarios.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Con este estudio se logró mostrar como el cuidado de enfermería se puede complementar con técnicas de tipo alternativo y generar beneficios para el usuario y rentabilidad para los servicios de salud, al ser una práctica de bajo costo y gran efectividad.	1	,3	El presente estudio arroja hallazgos interesantes inherentes a requerimientos normativos, expectativas y exigencias de los actores del sistema de salud, que podrían hacer posible la inclusión de esta Medicina milenaria al sistema de salud colombiano; Sin embargo, la adopción de estos modelos de salud por parte de las Instituciones prestadoras de salud, de manera coordinada promueve una conciencia en la existencia de los mismos, el interés en los usuarios para ser utilizados con un aumento en la demanda de los mismos, obligando al estado a diseñar políticas en Medicina Tradicional de manera específica que formarían parte del sistema de salud, regulando cada uno de los sistemas médicos reconocidos por el estado de forma particular Integración de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, al modelo de atención en salud colombiano. Identificación de elementos para su implementación.	1	,3
El impacto de la enfermedad debida a neumococo en población mayor de 60 años en Bogotá justifica la consideración de estrategias específicas de prevención tales como la vacunación;En conclusión, el neumococo podría tener una implicación importante en la mortalidad de los mayores de 60 años, parte de la cual sería evitable con la introducción de una vacuna. Sin embargo, antes de la introducción de una intervención es necesario realizar un estudio de costo efectividad para determinar los costos y los beneficios de la introducción de cualquiera de las intervenciones aprobadas para el control de la enfermedad por neumococo, así como fortalecer la vigilancia epidemiológica con el objetivo de monitorear el impacto de la intervención	1	,3	Las etapas de la seguridad social resultan útiles como eje ordenador de la reglamentación permitiendo evidenciar el predominio histórico de la visión del derecho social que se concentra en la protección de los riesgos profesionales de los trabajadores dependientes como una tendencia que se extiende hasta el Sistema General de Riesgos Profesionales vigente en nuestro país.	1	,3
Tanto para las gestantes como para las profesionales de enfermería, la asesoría en VIH/SIDA se percibió como una paradoja, con sentimientos ambivalentes entre la alegría y la tristeza, el temor y la ansiedad. La frustración y la tranquilidad, lo que se debe hacer y la realidad encontrada. Son percepciones que permitirán trabajar en la prevención de la infección del VIH, por parte de las profesionales para así lograr en las gestantes cambios de comportamiento saludables y optimizar la asesoría como estrategia útil.	1	,3	A la versión preliminar unificada de las dos traducciones se le realizó una traducción al Inglés, la cual fue realizada por un psiquiatra colombiano con historia de residencia y práctica profesional en Estados Unidos. Posteriormente el resultado de la traducción inversa al inglés se comparó con la versión original de la escala en idioma inglés, encontrando algunas diferencias sutiles, por lo cual, a través de discusión con el traductor, se realizaron modificaciones en palabras de ciertos ítems, para llegar a una versión final para ser aplicada en la prueba piloto, como puede verse en el anexo.	1	,3
1. Las diarreas bacterianas en niños suelen autolimitarse y no siempre requieren del uso de antibióticos. 2. En niños con diarrea prolongada y/o con disentería debe realizarse coprocultivo. 3. No se deben utilizar antibióticos sistemáticamente en niños con EDA y fiebre > 39°C durante la enfermedad actual, edad de 24 meses o menos, o historia de consumo de bebida o alimento presuntamente contaminado, o contacto con alguna persona con infección invasiva intestinal. 4. No se deben utilizar antibióticos sistemáticamente en niños con EDA y presencia de 20 o más leucocitos en el coprocópico, el pH > 8 de la materia fecal o la presencia de eritrocitos en el coprocópico. 5. En los niños con EDA y disentería debe considerarse el manejo con antibiótico con ácido nalidíxico, dado	1	,3	a mayoría de las crisis son resultado de una epilepsia focal sintomática como consecuencia de una lesión vascular, por lo que se debe considerar el tratamiento farmacológico desde la primera crisis.	1	,3

que la Shigella spp es el enteropatógeno que se encuentra con mayor frecuencia.					
---	--	--	--	--	--

Tabla 119b. Comentarios.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
A diferencia de otros sistemas para la caracterización en discapacidad, SIDUR se concibió como un facilitador de información de forma más precisa, verídica y confiable con uso de vocabulario controlado, e incluyó calificativos de extensión que les permiten a los estudiantes y profesionales en rehabilitación, calificar las deficiencias de las funciones y estructuras corporales en: 1) No existencia de deficiencia, 2) Existencia de deficiencia leve, 3) Existencia de deficiencia moderada, 4) Existencia de deficiencia completa, 5) Deficiencia no especificada y 6) Deficiencia no aplicable.	1	,3	A pesar de los progresos científicos el dolor continua siendo una patología de difícil manejo y multidimensional para la cual se han creado tratamientos que disminuyen su intensidad y frecuencia, para alcanzar esta meta no es solo necesario atacar la patología física desencadenante sino establecer un entorno de evaluación global e integral de los pacientes con el fin impactar en su calidad de vida, teniendo en cuenta aspectos tan importantes como son el apoyo social, el estado económico, la profesión y el estado psicosocial	1	,3
A la autora del instrumento se recomienda analizar los resultados del análisis factorial exploratorio (AFE) con el fin de robustecer las características psicométricas del instrumento fortaleciéndolo con el siguiente paso que es el análisis factorial confirmatorio. A la disciplina de enfermería se recomienda hacer uso del instrumento y promoverlo, ya que cuenta con las características necesarias para su puesta en práctica además de reflejar la realidad del contexto latinoamericano y que al final debe permitir promover la habilidad de cuidado.	1	,3	Al comparar los resultados de la acupuntura con la acupuntura falsa (que se aplicó en los ensayos clínicos como una acupuntura mínimamente invasiva) en la profilaxis de la migraña, no se encontraron diferencias significativas sobre desenlaces como la puntuación en la escala de calidad de vida SF-36 en sus componentes físico y mental, proporción de respondedores al tratamiento, total de días con migraña, necesidad de consumo de medicamentos para el manejo del dolor, reacciones adversas. En los desenlaces días de migraña y duración total del dolor el resultado fue significativo y favorable para el tratamiento con acupuntura falsa. Por otra parte se encontró una diferencia a favor de acupuntura en el desenlace intensidad del dolor. Estos hallazgos son concordantes con un metaanálisis Publicado previamente en donde se documenta que la frecuencia y respuesta al tratamiento es similar entre los grupos acupuntura y acupuntura falsa.	1	,3
A partir de los resultados disponibles en la literatura y del análisis general de los resultados obtenidos, se concluye que el modelo reproduce de forma adecuada las tendencias y comportamientos esperados para las especies químicas involucradas. Con esto se validan parcialmente las simplificaciones y analogías implementadas para el desarrollo de los sub-mecanismos que conforman el mecanismo total. Junto a las consideraciones realizadas como, eliminar especies que no son formadas significativamente, especies que son formadas pero desaparecen rápidamente sin hacer parte de otros sub-mecanismo, no considerar el mecanismo HACA, reducción en el valor la constante de autopreservación de tamaño" dentro del sub-mecanismo de coagulación del modelo de formación de MPy la consideración de algunas reacciones unidireccionales únicamente, como las del mecanismo para biodiésel o otras debido a las relativamente bajas velocidades de reacción. Además, esto es con armado desde la perspectiva numérica, evidente en aspectos como los bajos errores de conservación de masa en la solución y en la inexistencia de resultados con magnitudes negativas ó en el dominio de los complejos.	1	,3	Al igual que otros reportes, el cáncer de tiroides se presentó con mayor frecuencia en mujeres, en la quinta década de la vida, con carcinoma papilar clásico. Las recaídas ocurrieron en ganglios cervicales y pulmón. Los estadios clínicos más severos se asociaron con tiempos de recaída más tempranos.	1	,3

Tabla 119c. Comentarios.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Ante la amenaza de las enfermedades crónicas diversos organismos han realizado llamados para la acción, sin embargo persiste un bajo reconocimiento por parte de tomadores de decisiones de la necesidad de planear acciones para la prevención de este grupo de enfermedades, lo que puede estar relacionado con creencias erróneas con respecto a estas, es evidente que se carece de acciones costo-efectivas en poblaciones específicas y económicamente activas (86). En vista de la alta prevalencia de los factores de riesgo ligados al comportamiento en la población de la policía nacional de Colombia y aunque ésta es una institución con una población relativamente joven, se hace necesario tomar acciones encaminadas a modificar los estilos de vida para disminuir en forma importante el riesgo de enfermedades crónicas en la población encuestada. .	1	,3	Aumentar el tiempo de aplicación y la muestra, sería conveniente para obtener diferencias más significativas y conocer el impacto de un procedimiento completo de 32 sesiones para poder dar afirmaciones más generales, ya que el presente estudio se basó en una modificación del procedimiento original, reducido a 12 sesiones, igualmente conviene revisar la evaluación pre o utilizar la versión post para ambos momentos de la evaluación, ya que esta última obtuvo un alfa de Crombach más elevado.	1	,3
Aun cuando por la naturaleza de la metodología adoptada para la investigación, los resultados obtenidos aplican únicamente para los casos revisados y no admiten generalizaciones para el sector de la salud; el estudio permitió detallar un escenario laboral de relevancia social caracterizado por un soporte documental que, en forma ideal, subraya la importancia de implementar estrategias integrales como la PSLT al tiempo que desde una perspectiva real y concreta, se destaca por presentar situaciones que obstaculizan su puesta en marcha, conllevando a que en la práctica no se evidencien avances significativos relacionados con estos procesos. Al respecto, es imposible pensar que se pueda crear o fomentar una cultura en salud y seguridad mientras las condiciones de trabajo no se adecuen para facilitarlas.	1	,3	Aunque tiene una baja incidencia, es importante establecer el diagnóstico histopatológico ya que tiene un excelente pronóstico con el tratamiento adecuado y oportuno, sin olvidar que otras entidades (linfoproliferativas, metástasis) también pueden responder al tratamiento con corticosteroides	1	,3
Aunque a todos los pacientes se les realizó hisopado faríngeo por una terapeuta respiratoria entrenada no corroboramos la calidad de esta muestra, mediante recuento celular, por lo cual algunas muestras han podido ser inadecuadas. Estos factores pudieron haber influido en el número de casos en los que no logramos establecer la etiología de la neumonía.	1	,3	Como conclusión se encontró que los participantes encuentran satisfacción con algunos elementos de su trabajo y con otros sienten insatisfacción, razón por la que cada categoría de análisis descrita consta de un aspecto indicador de satisfacción y otro indicador de insatisfacción.	1	,3
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
A pesar de que después del análisis estadístico los resultados no muestran un valor de p significativo se deben tener en cuenta varias consideraciones con respecto al diseño, al desarrollo y a lo observado en el trabajo de investigación.	1	,2	Dado el elevado número de factores de riesgo presentes en los niños, muchos de los cuales se pueden prevenir, con una alimentación adecuada, se concluye que el profesional nutricionista dietista debe liderar el diseño y la implementación de programas de educación en alimentación y nutrición tanto a padres como a niños con el fin de contribuir en la disminución del riesgo enfermedad cardiovascular.	1	,2
El embarazo en adolescentes parece más una situación accidental propiciada por desconocimiento, que propia de adolescentes con problemas.	1	,2	El perfil de aberraciones fenotípicas detectado en conjunto con anomalías en la proliferación tumoral, se asocia de forma significativa con hiperdiploidía de ADN y discrimina de forma clara linfoblastos con t(9;22) y t(12;21) de los precursores B normales. La identificación de estos parámetros será de gran utilidad como herramienta para la clasificación y seguimiento de los pacientes.	1	,2

Tabla 119d. Comentarios.

2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
El uso de las MAC se ha hecho frecuente en todo el mundo. Pacientes, médicos y otros profesionales de la salud han cambiado en la aceptación de estas alternativas terapéuticas considerándolas como opción para utilizarlas bien sea como tratamiento complementario o como otra forma de tratar a sus pacientes. De igual manera los Sistemas de Salud como en Estados Unidos, Brasil ya las han incluido en sus políticas de Salud.	1	,2	El tratamiento complementario homeopático en pacientes con cáncer mejora la calidad de vida.	1	,2
En este trabajo fueron más los argumentos expuestos en contra de la medicina biomédica o de la psiquiatría como sistemas terapéuticos, con relación a las posiciones a favor sobre éstas, pero lo hice con el ánimo de relativizar su eficacia médica frente a otros sistemas médicos o terapéuticos, entre éstos naturalmente el esquema etnomédico. Estos últimos en notable desventaja frente a un conocimiento hegemónico e institucionalizado como el psiquiátrico. Más bien, el grado de validez o de persuasión simbólica y real de uno u otro sistema médico se encuentran estrechamente relacionados con los modelos de representación social de las enfermedades de cada doliente: el mágico religioso y el facultativo o académico. Por tanto, el problema de fondo consiste en mostrar con hechos y argumentos cómo un conocimiento que se fue constituyendo como hegemónico a través de más de cien años, ha empezado a ser cuestionado por distintos sectores académicos y sociales, en tanto que las terapéuticas de la medicina tradicional a reevaluarse de manera positiva o ascendente. ,	1	,2	En esta muestra de pacientes, la rehospitalización temprana es un fenómeno frecuente. Los factores que mostraron una relación más fuerte tienen que ver con el soporte social, las enfermedades médicas concomitantes, el uso de sustancias psicoactivas y la decisión de remisión a otro centro.	1	,2
Las características socio-demográficas de los pacientes diagnosticados con TB brindan una herramienta efectiva a la hora de orientar las acciones de los programas de control de la enfermedad por parte de las autoridades en salud.	1	,2	La hipoxia perinatal es la causa más frecuente de discapacidad cognitiva. Es por esto que el tratamiento precoz de las enfermedades concomitantes del recién nacido prematuro pueden causar un impacto en el resultado final, disminuyendo la discapacidad motora y cognitiva. La segunda causa de retardo mental es la genética. La proporción de pacientes sin diagnóstico específico posiblemente podría disminuir si el acceso de esta población a estudios de genética fuera mayor y los estudios pudieran ser cubiertos, en cualquiera de sus afiliaciones, por el sistema de salud del país.	1	,2
Se determinó que la actividad leishmanicida del antimoniato de meglumina formulado en una película polimérica presentó eficacia equiparable a aquella encontrada para las administraciones intramuscular e intralesional de éste mismo ingrediente farmacéutico activo en su formulación convencional, evaluados en el modelo de Hámster Dorado infectado con <i>L. panamensis</i> .	1	,2	Los resultados de este estudio mostraron que la percepción del cuidado recibido por las madres fue predominantemente favorable, pero al describir cada dimensión por separado se detectó una calificación alta preferentemente para los cuidados rutinarios, así mismo se evidenció menor percepción en los comportamientos de cuidado que tienen que ver con las interrelaciones enfermera mujer gestante. En los análisis de las relaciones entre los factores socio demográficos con la percepción de los comportamientos de cuidado se encontró relación con el estrato socioeconómico y la entidad prestadora de servicio de salud de donde fueron remitidas las gestantes.	1	,2
Se tomó como principales referencias el estudio citológico previo a la intervención, el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica incluyendo la linfadenectomía central y las complicaciones presentadas por los pacientes en el postoperatorio inmediato y en el seguimiento; con lo que se realizó un estudio univariado y multivariado buscando asociaciones entre la intervención realizada, los	1	,2	A través del presente estudio se logró obtener una casuística desconocida en nuestro país, de alta relevancia académica y social, en la que se identificó la tasa de mortalidad en un programa avante en el tratamiento de pacientes considerados de alto riesgo según criterios internacionales y en quienes se identificaron	1	,2

factores de riesgo y factores pronósticos de la enfermedad y las complicaciones observadas.			factores de riesgo con alto potencial de intervención preventiva.		
---	--	--	---	--	--

Tabla 119e. Comentarios.

2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Se realizaron ensayos micro- biológicos en muestras de heces, de frotis de manos y de alimentos en la búsqueda de enteroparásitos y Salmonella spp. Se realizó una estadística descriptiva. Para procesar los datos, se empleó el programa SPSS versión 18. Dentro de los resultados, se destaca que el 25% de los alimentos ambulantes y el 7,5% de los alimentos de venta establecida (chorizo frito, ensaladas de frutas, yogurth con cereal, arepa rellena y pincho de carne) fueron positivos para Salmonella spp. La presencia de diferentes parásitos, como Entamoeba histolytica / Entamoeba dispar, Giardia intestinalis, Cryptosporidium spp. y Ascaris lumbricoides representan un aspecto de importancia en salud pública, lo que implica socializar los resultados obtenidos y fomentar una cultura de higiene en los manipuladores de alimentos	1	,2	Al identificar la presencia de alteraciones en el control de impulsos en una paciente con enfermedad de Parkinson asociadas al consumo de Pramipexol, se debe replantear la terapia farmacológica. La afectación del desempeño personal, familiar o social en la vida de pacientes que tienen presencia de alteración en el control de impulsos es importante para determinar la necesidad de cambio del Pramipexol por otra terapia farmacológica. Dado el ingreso de nuevos agonistas dopaminérgicos se recomienda realizar un estudio que compare la asociación entre la administración de los diferentes medicamentos y la presencia o no de compulsiones.	1	,2
“La elevación del lactato no se asocia a un mayor riesgo de mortalidad temprana, pero si se asocia a disfunción de pulmonar y hematológica con respecto a otros sistemas en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular”	1	,2	Analizar muy objetivamente la pertinencia y vigencia del enfoque de cuidado de salud a la familia planteada por la facultad a la luz del contexto actual de los escenarios de prácticas formativas para los profesionales de enfermería. Si bien este enfoque es una oportunidad con relación a la normatividad nacional de salud la cual exige trabajar el ámbito familiar por un lado y por otro todo el tema de promoción de atención primaria en salud, los escenarios de práctica tienen unos requerimientos que el programa no podría cumplir dadas las características actuales del mismo, como: el horario de práctica de los estudiantes, carga horaria de las asignaturas, insuficiente formación de los docentes en el cuidado de salud a la familia, deficiencias en niveles de entrada de comprensión de algunos estudiantes y el poco interés por la exigencia académica.	1	,2
7 de Julio de 2014	1	,2	Aunque las cifras en términos económicos de dichas conductas no es alarmante, debe considerarse cualquier gasto como un costo de no calidad prevenible, por un paraclínico sin indicación. Incluye consultas posteriores para revisión de paraclínicos .Para la Institución es una oportunidad para detectar dificultades en sus procesos y establecer estrategias con objetivos específicos, teniendo en cuenta que día a día el número de paciente con diagnóstico de diabetes Mellitus va en aumento y su adecuado control representa un reto tanto a nivel humano como económico.	1	,2

Tabla 120a. Glosas.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Caracterización de la población trabajadora de la institución; Lista de Chequeo: Promoción de la salud en los lugares de trabajo; Cuestionario: Norma Técnica Preventiva NTP 639; Cuestionario: Mecanismos de acción implementados; Cuestionario: Participación de trabajadores en PSLT; Cuestionario: Administradora de Riesgos Profesionales; Documento: Consentimiento informado	1	,3	Intervalos de Confianza 95% Fleiss Cuadratic % Principales Principios Activos NO POS NO conformes ni con las indicaciones de la FDA ni con las indicaciones del INVIMA % Listado de Precios de Medicamentos Recobrados Año 2008 - SISMED	1	,3
El grupo de investigación reconoce que, en algunos casos, la imposibilidad de detectar una asociación estadística con variables como estrato socioeconómico o nivel educativo puede estar reflejando limitaciones de tamaño de muestra para cubrir adecuadamente los estratos que conforman estas variables; sin embargo, se logró evidenciar que, aunque subrepresentados en esta muestra, los pacientes de estratos socioeconómicos altos y con mejor nivel educativo se inclinan más por el uso de intervenciones agrupadas como sistemas médicos alternativos.	1	,3	Búsquedas sistemáticas, pruebas rápidas treponémicas con registro sanitario otorgado por el INVIMA; Cálculo de probabilidades e intervalo de confianza; Cálculo de las sensibilidades de las pruebas VDRL; sistema VDRL-FTA Abs y sistema ICS-VDRL, ponderadas por estadío según proporción de la población; Cálculo de las variables económicas de Sífilis gestacional consolidadas para el modelo; Cálculo de las variables económicas de Sífilis congénita consolidadas para el modelo; Diagramas de Tornado; Análisis de sensibilidad de una vía de las variables que se presumen con mayor incertidumbre en los cuatro escenarios contemplados;	1	,3
Formato de recolección de información.	1	,3	Cronograma; presupuesto; Consentimiento informado; Correo enviado por la Unesco; Encuesta aplicada a la población docente.	1	,3
Guías de talleres; Formatos utilizados durante los talleres; Mapas producto de la sistematización de la información recopilada en los talleres y su posterior evaluación y corrección por parte de los participantes.	1	,3	Cuestionario MRF2; Evaluación de factores de riesgo psicosocial Sanimap;Autoreporte condiciones de trabajo de cirujanos generales; hoja de consentimiento informado para participantes de investigación; registro de revisión de historias clínicas.	1	,3
Los hallazgos al respecto fueron de tipo exploratorio y cualitativo y, por lo tanto, es necesario ampliar los resultados de este estudio en forma prospectiva, con el fin de evaluar el impacto del uso de la mamografía, como herramienta de tamizaje, en la supervivencia de nuestras pacientes.	1	,3	Es importante aclarar que el análisis e inferencia que se realiza respecto a cada variable es aplicable sólo al grupo de profesionales de enfermería pertenecientes al estudio y no pueden generalizarse al universo de profesionales de enfermería de la ciudad o a los demás profesionales de salud de la misma Institución, debido a que los resultados corresponden a la percepción individual de las personas que participaron, quienes comparten características que pueden diferir de otros grupos poblacionales.	1	,3
			Ficha de recolección de datos; cronología, edad y sexo de individuos observados en el estudio; correlación de spearman para periodo, sexo y edad; prueba de kruskall-wallis para periodo; prueba de Kruskal-Wallis para sexo.	1	,3
			Los autores de esta investigación son conscientes de que el principal problema del estudio, por su carácter observacional, con recolección de información retrospectiva, fue el seguimiento de los pacientes que abandonaron el tratamiento, y que hubieron de ser censurados al momento del cierre del estudio; sin embargo, el hecho de haber encontrado una asociación entre el abandono de tratamiento y la probabilidad de recaer o morir —a pesar de que en el 19,50% de los pacientes contactados telefónicamente no fue posible lograr información sobre su estado vital en ese momento— no sobreestima los resultados: por el contrario, iría en contra de la magnitud de la asociación encontrada.	1	,3

Tabla 120b. Glosas.

2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Ficha de análisis de elementos y características de cada directriz y modelo % Instrumento de evaluación de la gestión de salud y seguridad en el trabajo en la empresa % Revisión bibliográfica %Criterios de evaluación - Prueba piloto del instrumento	1	,2	Formato de recolección de datos del estudio;Curvas ROC para factores de riesgo medidos de forma no dicotómica en pacientes sin relaciones sexuales comerciales (n=1260); Curvas ROC para factores de riesgo medidos de forma no dicotómica, en todas las pacientes estudiadas (n=1372 pacientes); Características operativas de la mejor combinación de signos/síntomas de cervicitis y factores de riesgo como pruebas en paralelo.	1	,2
Cronograma de actividades;Presupuesto de la investigación; Certificación de traducción oficial de artículos;	1	,2	Formato registro de observaciones;Instructivo formato registro de observaciones;Carta aprobación del comité de ética Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia;	1	,2
El manejo de datos posterior a la aplicación de las redes de asociaciones en los adolescentes sordos usuarios de LSC se constituyó en un reto investigativo, en la medida que se registraron palabras en inclusive pequeñas frases, por parte del investigador y los asistentes, provenientes de las señas que ellos(as) asociaron con los términos inductores "salud sexual" y "sexualidad". Este procedimiento generó glosas en español que debieron ser interpretadas, de tal manera que fueran acordes con el contexto de los adolescentes.	1	,2	Certificado de defunción; Indicadores de calidad de los datos por archivo; Indicadores de calidad de los datos por archivo.No respuesta; Indicadores de calidad de los datos por archivo. Atributos sin datos; Cobertura de la información de mortalidad. Bogotá 2005; Lista de "códigos garbage" de la CIE 10 ; Etapa preparatoria del trabajo de campo, pilotaje y ajuste de los instrumentos; Análisis de la información del certificado de defunción. Bogotá 2005; Lista de causas de mortalidad por capítulos de la Clasificación Internacional de Enfermedades – Décima Revisión; Calidad de la información de mortalidad. Identificación de conocimientos; Consentimiento informado para aplicar encuesta.	1	,2
Es importante aclarar que si bien este artículo presenta el análisis de datos obtenidos entre el 2001 y 2005, estos resultados continúan siendo vigentes, por las siguientes razones. Primero, la política de intervención a nivel local es la misma; ésta no ha tenido modificaciones. Segundo, las características de los niños de las escuelas públicas de Barrios Unidos y sus condiciones de nutrición y de salud de ingreso, se mantienen similares, por el origen cultural y económico de las poblaciones. Tercero, ésta se puede considerar una evaluación de impacto a mitad de periodo y se puede tener en cuenta para su uso comparativo, con una evaluación final. Finalmente, los análisis ecológicos permiten la exploración en el tiempo y la recuperación de la información permite la comparación y el establecimiento de series históricas; si bien existe un nuevo patrón, pautas de la OMS, para valorar los niños colombianos, desde el 2010 (OPS, 2008).	1	,2	Formato de seguimiento en consulta externa	1	,2
			Formato para la captación de pacientes con PAB leve	1	,2

Tabla 121a. Anexos Apéndices.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Anexo 1. Encuesta Consulta Expertos Anexo 2. Sistema de Vigilancia en Salud Visual Ambliopía Anexo 3. Fichas de Notificación Medico y enfermera Anexo 4. Ficha de Notificación Optometría Anexo 5. Instructivo diligenciamiento ficha de notificación Anexo 6. Base de captura de datos Epi-Info 2000	1	,3	Consentimiento informado	3	,9
Encuesta de fotoprotección	1	,3	Distribución de la CExp por edad y sexo mes a mes ; Distribución de la CNExp por edad y sexo mes a mes a partir de la fecha de primera dosis de vacuna; Curvas de supervivencia comparativas por sexo y exposición	1	,3
Instrumento de recolección de datos	1	,3	Papeles de trabajo para la relación bibliográfica revisada; Formato de Trabajo para el Análisis de Vulnerabilidad DOFA;	1	,3
Normograma de Buthany	1	,3	25.1 Consentimiento informado Archivo Adjunto 25.2 Formato de hoja de información Archivo Adjunto 25.3 Formato de calificación en reposo Archivo adjunto 25.4 Formato de calificación en contracción. Archivo Adjunto	1	,3
A. Encuesta; B. Guía de diagnóstico y tratamiento del paciente con infección urinaria EPS SURA	1	,3	Anexo 1 Consentimiento Informado	1	,3
Anexo A: Formulario	1	,3	ANEXO 1 Lista de chequeo para la evaluación de las condiciones ergonómicas del puesto de trabajo en usuarios de videoterminals ANEXO 2 Encuesta de morbilidad sentida de trastornos osteomusculares de miembros superiores en usuarios de videoterminals Pre-intervención ANEXO 3 Encuesta de morbilidad sentida de trastornos osteomusculares de miembros superiores en usuarios de videoterminals Post-intervención ANEXO 4. Consentimiento informado ANEXO 5. Formato de asistencia programa de ejercicios área administrativa ANEXO 6. Programa de ejercicios – pausas activas	1	,3
ANEXO 1 (Clasificación nacional de ocupaciones) ministerio de trabajo y seguridad social - servicio nacional de aprendizaje dirección de empleo - división de estudios ocupacionales.; ANEXO 2 Estructura general clasificación industrial internacional uniforme de todas las actividades económicas CIU.	1	,3	Anexo 1 Universidad san buenaventura Bogotá Maestría en neuropsicología formato de consentimiento informado (Rey Anacona, 2009)	1	,3
Anexo 1 comportamiento de la notificación de casos en entidades territoriales 2009, 2010 – hasta iii periodo epidemiológico 2011	1	,3	Anexo 1. Algoritmo Naranja Anexo 2. Formato de reporte de eventos adverso	1	,3
ANEXO 1: Entrevistas; ANEXO 2: Resumen de gastos	1	,3	Anexo 1. Anexo técnico número 1 de la resolución 1043 de 2006 aplicado a la IPS de cirugía plástica. Anexo 2. Matriz para el mejoramiento de las condiciones de habilitación IPS cirugía plástica Anexo 3. Manual único de estándares y Verificación	1	,3
Anexo 1. Adecuaciones del reactor y de la cámara de aireación Anexo 2. Preparación del lodo Anexo 3. Descripción de la evolución del proceso- Bitácora Anexo 4. Resultados de laboratorio.	1	,3	Anexo 1. Bilirrubinómetro transcutáneo Konica Minolta/Dräger Medical (JM -103) ; Anexo 2 Instrumento para la Recolección de la Información	1	,3

Tabla 121b. Anexos Apéndices.

2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Anexo 1. Formato 1: Valoración inicial Anexo 2. Formatos 2 de recolección de la información Anexo 3. Formato 3: Consentimiento informado. Anexo 4. Tabla 1: Observación de hojas de producción MMSS derecho. Logística (Picking despacho) Metodología RULA Anexo 5. Tabla 2: Observación de hojas de producción MMSS izquierdo. Logística (Picking despacho) Metodología RULA Anexo 6. Tabla 3: Observación de hojas de producción MMSS derecho. Logística (Picking despacho) Metodología RULA Anexo 7. Tabla 4: Observación de hojas de producción MMSS izquierdo. Logística (Picking despacho) Metodología RULA Anexo 8. Tabla 5: Observación de hoja de producción MMSS derecho. Logística (Picking despacho) Metodología RULA Anexo 9. Tabla 6: Observación de hojas de producción MMSS izquierdo. Logística (Picking despacho) Metodología RULA Anexo 10. Tabla 7: Observación de hoja de producción MMSS derecho. Logística (Picking despacho) Metodología RULA Anexo 11. Tabla 8: Observación de hojas de producción MMSS izquierdo. Logística (Picking despacho) Metodología RULA Anexo 12. Tabla 9: Observación de hojas de producción MMSS derecho. Venta (Cargue de vehículo) Metodología RULA Anexo 13. Tabla 10: Observación de hojas de producción MMSS izquierdo. Venta (Cargue de vehículo) Metodología RULA Anexo 14. Tabla 11: Observación de hojas de producción MMSS derecho. Venta (Cargue de vehículo) Metodología RULA Anexo 15. Tabla 12: Observación de hojas de producción MMSS izquierdo. Venta (Cargue de vehículo) Metodología RULA Anexo 16. Tabla 13: Observación de hojas de producción MMSS derecho. Venta (Cargue de vehículo) Metodología RULA Anexo 17. Tabla 14: Observación de hojas de producción MMSS izquierdo. Venta (Cargue de vehículo) Metodología RULA Anexo 18. Gráfico 1: Criterios de entrada de actividad logística bandeja grande (Picking despacho) Metodología NIOSH "Ecuación modificada" Anexo 19. Gráfico 2: Datos de producción actividad Logística Bandeja Grande (Picking despacho) Metodología NIOSH "Ecuación modificada" Anexo 20. Gráfico 3: Organización actividad logística Bandeja Grande (Picking despacho) Metodología NIOSH "Ecuación modificada" Anexo 21. Gráfico 4: Factores actividad Logística Bandeja Grande (Picking despacho) Metodología NIOSH "Ecuación modificada" Anexo 22. Gráfico 5: Criterios actividad Logística Bandeja Pequeña (Picking despacho) Metodología NIOSH "Ecuación modificada" Anexo 23. Gráfico 6: Datos de producción actividad Logística Bandeja Pequeña (Picking despacho) Metodología NIOSH "Ecuación modificada" Anexo 24. Gráfico: Organización actividad logística Bandeja Pequeña (Picking despacho) Metodología NIOSH "Ecuación modificada" Anexo 25. Gráfico: Factores actividad Logística Bandeja Pequeña (Picking despacho) Metodología NIOSH "Ecuación modificada" Anexo 26. Gráfico: Criterios de entrada Venta Bandeja Grande (Cargue de vehículo) Metodología NIOSH "Ecuación modificada" Anexo 27. Gráfico: Datos de producción Venta Bandeja Grande (Cargue de Vehículo) Metodología NIOSH "Ecuación modificada" Anexo 28. Gráfico: Organización Venta Bandeja Grande (Cargue de Vehículo) Metodología NIOSH "Ecuación modificada" Anexo 29. Gráfico: Factores Venta Bandeja Grande (Cargue de Vehículo) Metodología NIOSH "Ecuación modificada" Anexo 30. Gráfico: Criterios de entrada Venta Bandeja Pequeña (Cargue de Vehículo) Metodología NIOSH "Ecuación modificada" Anexo 31. Gráfico: Datos de producción Venta Bandeja Pequeña (Cargue de Vehículo) Metodología NIOSH "Ecuación modificada" Anexo 32. Gráfico: Organización Venta Bandeja Pequeña (Cargue de Vehículo) Metodología NIOSH "Ecuación modificada" Anexo 33. Gráfico: Factores Venta e Bandeja Pequeña (Cargue de Vehículo) Metodología NIOSH "Ecuación modificada" Anexo 34. Gráfico: Levantamiento Dollies Venta (Cargue de Vehículo) Metodología NIOSH "Ecuación modificada"	1	,2	Instrumento de recolección de datos	4	1,0

Tabla 121c. Anexos Apéndices.

2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
Consentimiento informado; Formato del PASI; Formato del DLQI;	1	,2	Consentimiento informado	2	,5
Cuestionario exposición a metales en agua de bebida Cálculo del tamaño de la muestra Ubicación de viviendas a muestrear y concentraciones de metales Evaluación hidráulica de los acueductos Evaluación hidráulica de los acueductos – Planos Curvas de cloro Límites de detección Concentraciones de metales analizados Carta de socialización Simulaciones de Monte Carlo	1	,2	Formato de recolección de datos	2	,5
Descripción de resultados por psicofármaco Usos off label por psicofármaco. Soporte bibliográfico de los usos diversos off label identificados.	1	,2	Anexo 1. Tratamiento específico en caso de accidente biológico, tanto para HIV y hepatitis B Anexo 2. Enfermedades por riesgo biológico Anexo 3. Cuestionario de conocimientos en riesgo biológico Anexo 4. Formato de calificación a entrenadores Anexo 5. Cronograma de Actividades	1	,2
Listado de expertos	1	,2	Antecedentes patológicos por grupos de tratamiento. (n(%), media \pm sd).	1	,2
1. Consentimiento Informado 2. Cronograma 3. Encuesta de datos sociodemográficos 4. Escala de sobrecarga de ZARIT.	1	,2	Consentimiento informado para solicitud de paraclínicos de técnicos de mantenimiento; Formato para recolección de datos	1	,2
1. SOBRE LA POBLACIÓN 2. ANALISIS DEMOGRAFICO 3. ESTRUCTURA DE LA INFORMACIÓN SEGÚN REQUERIMIENTOS DEL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL 4. TABLA COBERTURA POR ÁMBITO– EDAD POR QUINQUENIOS. 5. TABLA PRIMER NIVEL DE DESAGREGACIÓN ÁMBITOS – GRUPOS DE EDAD Y GÉNERO 6. TABLA COBERTURA AMBULATORIOS POR EDAD EN QUINQUENIOS 7. CÓDIGO CLASIFICACIÓN ÚNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD CUPS - EJEMPLO AGRUPADOR FINAL 8. TABLA DIFERENCIAS POR EDAD Y ZONA GEOGRAFICA	1	,2	Herramientas adicionales de búsqueda de información	1	,2
a. Estudios realizados en diferentes países y en diferentes sectores Públicos en revistas revisadas por colegas científicos que demuestran que el crisotilo puede ser, y ha sido usado de forma segura b. Exposición promedio geométrica (número de fibras/cc aire) por puestos de trabajo y año calendario - Fábrica de Placas Exposición promedio geométrica (número de fibras/cc aire) por puestos de trabajo y año calendario - Fábrica de Tubos c. Resolución 007 de 2011. d. Definición de variables propuestas para el formato de registro de notificación obligatoria de mesotelioma maligno para Colombia	1	,2	Hoja recolección de datos	1	,2
A. Formato de recolección de datos	1	,2	Inventario de Comportamientos de Cuidado CBI Zane Wolf; Inventario de Comportamientos de Cuidado CBI Zane Wolf; Solicitud autorización uso Inventario de Comportamientos de Cuidado; Autorización uso del instrumento; Aval comité de Ética Institucional; Aval comité Ética Investigación Facultad de Enfermería; Consentimiento Informado; Tablas de contingencia para comprar la calificación Según autoras de Baremos;	1	,2
A. Formato de recolección de datos; B. Consentimiento; C. Retroalimentación de sujetos; D. Presupuesto	1	,2	Relación de artículos encontrados anemia	1	,2

Tabla 122. Observaciones.

2010			2011		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
El documento no permite determinar el nivel educativo de la investigación.	17	5,6	El documento no permite determinar el nivel educativo de la investigación.	22	6,5
Sin Observaciones	4	1,0	Documentos de Ministerio de Salud de Colombia	6	1,8
Artículo para publicar	3	1,0	Sin Observaciones	6	1,8
revisión sistemática de la literatura	2	,7	Artículo para publicar	2	,6
Artículo presentado como requisito para optar al título de maestría.	1	,3	Descripción de estudios no controlados no incluidos.	1	,3
El documento no permite determinar el nivel educativo de la investigación, la metodología no está explícita en la misma.	1	,3	El documento es un artículo	1	,3
No hace referencia a una discusión propiamente dicha	1	,3	La tesis es solamente el diseño de la herramienta, por lo que no cuenta con población, ni discusión.	1	,3
Revisión documental	1	,3	Revisión documental	1	,3
Revisión sistemática de la literatura	1	,3	Una hoja de las conclusiones no es visible	1	,3
Tamizaje	1	,3			
2012			2013		
Categoría	N	%	Categoría	N	%
El documento no permite determinar el nivel educativo de la investigación.	20	4,8	El documento no permite determinar el nivel educativo de la investigación.	30	7,5
Artículo para publicar	5	1,2	Artículo para publicar	11	
Sin Observaciones	8		Capítulo -Artículo para publicar	6	
Ensayo presentado como tesis de grado de especialidad médica	4	1,0	Revisión sistemática de la literatura	5	1,2
Revisión sistemática de la literatura	3		Sin Observaciones	5	1,2
Artículo presentado como tesis de maestría	1	,2	revisión documental	2	,5
Tesis que incluye solo el diseño del estudio, sin aplicación ni resultados de ningún tipo debido a estrategias de la institución universitaria	1	,2	Algunas investigaciones no anuncian la hipótesis o la pregunta investigativa, también confunden la hipótesis con la pregunta.	1	,2
Validación de escala psicométrica	1	,2	Artículo de investigación presentado como tesis de grado de maestría	1	,2
			Artículo de revisión de literatura para publicar	1	,2
			Ensayo presentado como tesis de grado de especialidad médica	1	,2